BEKÄMPFUNG VON

Rauschgift

DELIKTEN



BUNDESKRIMINALAMT WIESBADEN

RAUSCHGIFT

ARBEITSTAGUNG
IM BUNDESKRIMINALAMT WIESBADEN VOM 21. NOVEMBER BIS 26. NOVEMBER 1955
ÜBER BEKÄMPFUNG VON RAUSCHGIFTDELIKTEN

HERAUSGEBER
BUNDESKRIMINALAMT WIESBADEN
1956



Gedruckt in der Bundesdruckerei

Inhalt

Vorwort

Auch auf der Arbeitstagung, die sich mit der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte befaßte, ist versucht worden, ein möglichst geschlossenes Gesamtbild des Themenkreises nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen zu geben. So wurden u. a. die medizinische, juristische, pharmazeutische, kriminalistische und verwaltungsorganisatorische Seite vom nationalen und internationalen Gesichtspunkte durch anerkannte Sachkenner beleuchtet. Gerade die verschiedenartige Betrachtungsweise, mit der die Vortragenden aus dem besonderen Ethos ihres Berufes an die einzelnen Themen herangingen, dürfte fruchtbringend gewesen sein. Sie führte nicht nur zu einer vertieften und lebendigeren Anschauung, sondern zeigte gleichzeitig auch die Wege, die Schwierigkeiten und die Möglichkeiten einer praktischen Zusammenarbeit. Durch den Abdruck aller Referate in einem Band sollen diese Erkenntnisse einem weiteren Kreise als Grundlage und Hilfsmittel für die tägliche Arbeit zugänglich gemacht werden. Der sich ausbreitende Ruf der früheren Werke der Vortragsreihe dürfte ein Anzeichen dafür sein, daß diese Form der Veröffentlichung den praktischen Bedürfnissen entspricht.

Abschließend darf ich noch einmal allen Referenten der Tagung an dieser Stelle besonders danken, wobei es mir gestattet sei, die Vortragenden aus dem Ausland, die Herren Dr. A. Goldenberg, Abteilungsleiter im Generalsekretariat der IKPK, Paris, und S. Langlais, Gruppenleiter im Generalsekretariat der IKPK, Paris, namentlich aufzuführen.

Präsident des Bundeskriminalamtes

Einführung

Regierungs- und Kriminaldirektor Dr. Niggemeyer
Bundeskriminalamt Wiesbaden

Vom Standpunkt des Chemikers, des Pharmakologen, des Mediziners, des Juristen und des Kriminologen werden die Rauschgifte und Betäubungsmittel verschieden beurteilt. Während Chemiker und Pharmakologen bei der Beurteilung vom Stoff und seiner Wirkung ausgehen, sehen die Mediziner den Schwerpunkt des Problems in der inneren Abhängigkeit des Süchtigen von einem chemischen Mittel. Juristen beschränken sich darauf, Stoffe und Zubereitungen, die aus Gründen der Volksgesundheit in Anwendung, Herstellung und Verkehr unter Kontrolle zu stellen sind, in die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen einzuordnen. Kriminologisch gesehen besteht die Gefahr des Rauschgiftes darin, daß der Rauschgiftsüchtige zwar meistens kein Verbrecher aus innerem Hang ist, doch zum Verbrecher wird, weil er sich sein Rauschgiftmittel aus einem triebhaften abnormen Verlangen heraus immer wieder beschaffen muß.

In Anbetracht der uneinheitlichen Begriffsbestimmungen dürfte es sich für den Kriminalbeamten empfehlen, nur von Rauschgiften und Betäubungsmitteln im Sinne des Opiumgesetzes zu sprechen. Nach den Bestimmungen des Opiumgesetzes und den in Verbindung mit diesem Gesetz erlassenen Verordnungen sind als Rauschgift- und Betäubungsmittel anzusehen:

Opium und seine Inhaltsstoffe (Morphium, Narcotin u. a.),
Betäubungsmittel, die aus Opiumalkaloiden hergestellt werden (Heroin u. a.),
Synthetische Betäubungsmittel (z. B. Dolantin, Polamidon, Cliradon, Dromoran und die Weckamine),
Kokain,
Haschisch (indischer Hanf).

Gemäß der Verschreibungs- und Abgabeverordnung vom 19. 2. 1930 (RGBl. I S. 635) dürfen Rauschgifte und Betäubungsmittel lediglich in Apotheken und nach ärztlicher Verordnung abgegeben werden. Nur solche Verschreibungen sind zulässig, die ärztlich begründet sind. Der Rauschgiftsüchtige, der sich ein Rezept von einem gutgläubigen Arzt erschleicht, fällt daher unter das Opiumgesetz.

Die Rauschgiftmittel (Btm) werden durch den Mund eingenommen, sie werden geschnupft, geraucht, eingeatmet, in die Vene, den Muskel oder unter die Haut gespritzt bzw. rectal eingeführt.

Die Wirkung der Rauschgifte (Btm) ist unterschiedlich. Gemeinsam ist dem Giftrausch: kurzdauernder Verlauf der Vergiftung, direkte Gifteinwirkung auf das Gehirn und die für das jeweilige Gift oder die jeweilige Giftgruppe charakteristische psychopathologische Reaktionsform (Pohlisch). Im Übermaß eingenommen, führen die Rauschgiftmittel (Btm) in der Regel zu Erregungs- und Rauschzuständen, Sinnestäuschungen, Wahnideen, vegetativen Störungen und schließlich zu körperlichem und seelischem Verfall.

Die Sucht wird durch die euphorisierende Wirkung der meisten Rauschgiftmittel (Btm) stark gefördert. Wird dem Süchtigen das Gift entzogen, dann kommt es zu Abstinenzerscheinungen, die mit physischen und psychischen Störungen verbunden sind. Das Verlangen nach dem Gift wird dabei so unwiderstehlich, daß der Süchtige auch nicht vor strafbaren Handlungen zurückschreckt, um sich in den Besitz der Droge oder Ampulle zu setzen. Damit aber wird er zu einer Gefahr für die Allgemeinheit.

Rauschgiftdelikte sind alle Straftaten, bei denen das Rauschgift irgendeine Rolle spielt. Wir unterscheiden:

1. Schmuggel und Schleichhandel,
2. Betrug mit angeblichen Rauschgiften (Btm),
3. Diebstahl und Unterschlagung von Rauschgiften (Btm),
4. Rezeptfälschungen und -verfälschungen,
5. Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung.

Die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten setzt eine Spezialausbildung des kriminalpolizeilichen Sachbearbeiters voraus. Er muß über pharmakologische und medizinische Grundkenntnisse verfügen und die Gesetzesmaterie beherrschen. Darüber hinaus muß der Sachbearbeiter das erforderliche Fingerspitzengefühl in der Behandlung von Süchtigen haben und mit Apothekern und Amtsärzten guten Kontakt halten. In Fällen von überörtlicher Bedeutung kommt es wesentlich auf die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Landeskriminalamt und dem Bundeskriminalamt an.

Nach herrschender medizinischer Auffassung sind Rauschgiftsüchtige Kranke, die in erster Linie in die Hand des Arztes gehören. Bei strafbaren Handlungen steht ihnen meist der § 51 Abs. 1 StGB und in Fällen der verminderten Zurechnungsfähigkeit der § 51 Abs. 2 StGB zur Seite. Mit der Bestrafung des Süchtigen wird in der Regel nicht viel erreicht, weil er durch eine Strafe nicht von seiner Sucht geheilt wird.

Entziehungskuren auf freiwilliger Basis haben in der Mehrzahl aller Fälle keinen Erfolg, weil sie meist zu kurz bemessen sind und nach Belieben abgebrochen werden können.

Die einzige erfolgversprechende Maßnahme, durch die der straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige von seiner Sucht befreit werden kann, ist seine zwangsweise Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt zum Zwecke der Herbeiführung einer Entziehungskur von mindestens 6 Monaten Dauer. Die Unterbringung kann durch das Gericht angeordnet werden, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Diese Voraussetzung ist nur dann erfüllt, wenn der Bestand der Rechtsordnung durch die bestimmte Wahrscheinlichkeit künftiger gegen sie gerichteter Handlungen unmittelbar bedroht wird und eine Abhilfe für die Zukunft zur Aufrechterhaltung des Bestandes der Rechtsordnung geboten und nicht auf andere Weise als durch die Unterbringung zu erreichen ist (RGSt 73/304).

In der Praxis sind die Strafgerichte — mit Ausnahme der Gerichte in Berlin — im allgemeinen wenig geneigt, Unterbringungen auf strafprozessualer Grundlage anzuordnen. Dies liegt z. T. darin begründet, daß für die Beurteilung der Frage, ob eine Unterbringung erforderlich ist oder nicht, der Zeitpunkt des Erlasses der Entscheidung maßgebend ist. Wenn daher die kriminalpolizeilichen Ermittlungen nicht zügig vorangetrieben werden, wird die Verteidigung mit Aussicht auf Erfolg vortragen können, daß sich der Süchtige inzwischen einer Entziehungskur unterzogen habe und suchtfrei geworden sei.

Das Opiumgesetz enthält weder den Begriff »Rauschgift« noch den Begriff »berauschende Mittel«. Es bestimmt lediglich im § 1, was Stoffe und Zubereitungen im Sinne des Gesetzes sind. Es existiert keine Bestimmung, nach der ein Rauschgiftsüchtiger nur dann in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht werden kann, wenn beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen die Sucht auf Stoffe oder Zubereitungen im Sinne des Opiumgesetzes zurückzuführen ist. Aus der Vergangenheit ist bekannt, daß auch andere als im Opiumgesetz genannte Stoffe oder Zubereitungen (z. B. Polamidon, Cliradon und Dromoran — seit 10. 7. 1953 dem Opiumgesetz unterstellt — und neuerdings Ticarda und Preludin) Suchtwirkungen herbeiführen können, die den einzelnen oder die Allgemeinheit bedrohen.

Mehrere Länder haben daher Spezialgesetze erlassen, nach denen es möglich ist, nicht straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige oder solche, auf die die Bestimmungen der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzbuches keine Anwendung finden, in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen, wenn aus ihrer Sucht eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinheit oder sie selbst erwächst. Das Amtsgericht beschließt in diesen Fällen die Unterbringung auf Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörde.

Der Kriminalbeamte wird bei seiner Ermittlungstätigkeit beide Möglichkeiten im Auge behalten müssen. Werden nämlich die strafprozessualen Voraussetzungen der Unterbringung als nicht ausreichend angesehen, so kann sie oft noch als Verwaltungsmaßnahme begründet werden.

Hat der Kranke die Entziehungskur durchgemacht, so steht seine soziale und menschliche Wiedereingliederung im Vordergrund. Es gilt, ihn nach Möglichkeit vor einem Rückfall zu bewahren. Über die Art und Anwendung der rückfallverhütenden Nachkontrolle gibt es verschiedene Meinungen, auf die hier im einzelnen nicht eingegangen werden soll.

Nach den Statistiken des Bundesgesundheitsamtes und des Bundeskriminalamtes ergreift die Sucht fast alle Gesellschaftsschichten. Am meisten sind jedoch die berufsmäßig mit Medikamenten in Berührung kommenden Angehörigen der sogenannten Heilberufe gefährdet. Sie unterliegen naturgemäß leichter der Versuchung zum Mißbrauch von Rauschgift- und Betäubungsmitteln als diejenigen Personen, denen die Beschaffung Schwierigkeiten bereitet.

Der legale Verkehr mit Betäubungsmitteln ist von der Produktionsstätte bis zu den Apotheken genau zu kontrollieren. Die Überwachung erfolgt durch die Bundesopiumstelle, die eng mit dem Ständigen Opiumzentralausschuß in Genf zusammenarbeitet.

Die Fälle, in denen in der Bundesrepublik Betäubungsmittel durch Erschleichen von Rezepten, durch Rezeptfälschungen oder -verfälschungen, durch Diebstahl oder Unterschlagung erlangt werden, sind zahlreich. Es bedarf daher der Bemühungen aller zuständigen Stellen, um den Weg des Rauschgiftes von der Apotheke oder der Krankenanstalt zu den Verbrauchern noch intensiver zu kontrollieren, als dies zur Zeit der Fall ist. Das Rezept ist oft der Schlüssel zum Giftschrank des Apothekers. Wenn von diesem Schlüssel unrechter Gebrauch gemacht wird, ist der Schaden meist nicht mehr zu übersehen.

Der illegale Handel bzw. Schmuggel mit Rauschgiften stellt für die Bundesrepublik erfreulicherweise noch kein ernsthaftes Problem dar. Dies kann sich aber plötzlich ändern, wenn etwa im Rahmen zwischenstaatlicher Vereinbarungen nordafrikanische Fremdarbeiter nach Deutschland kommen und ihr Gift — das Haschisch — mitbringen sollten. Wir müssen daher ständig auf der Hut sein, um einen Einbruch von berufsmäßigen Händlern in den deutschen Raum zu verhindern. Im internationalen Bereich steht der illegale Rauschgifthandel in großer Blüte. Er wird von umfangreichen Organisationen, die ihre Verbindungsleute in vielen Ländern der Erde haben, gesteuert. Man schätzt, daß 95 % der gehandelten Ware in illegalen Kanälen verschwindet (sogenannte Dunkelziffer).

Die Kriminalpolizei sieht in der vorbeugenden Tätigkeit auf dem Gebiet der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte ihre Hauptaufgabe, weil es sinnvoller ist, eine suchtgefährdete Person vor der Sucht zu bewahren, als sie nach oft jahrelangem Betäubungsmittelmißbrauch — der gelegentlich einer Apothekenmusterung oder einer Überprüfung der Betäubungsmittelbücher bekannt werden kann — zu bestrafen oder zur Zwangsentziehung zu bringen. Auf Grund ihrer langjährigen Erfahrungen ist die Kriminalpolizei bei vertrauensvoller Zusammenarbeit mit Apothekern und Gesundheitsämtern in der Lage, die Ausbreitung der Süchte und die Begehung strafbarer Handlungen weitgehend zu verhindern.

Eine zwangsweise Erfassung der rauschgiftsüchtigen Personen durch die Kriminalpolizei — wie sie in den Ländern der amerikanischen und britischen Besatzungszone möglich war — wird heute nicht mehr für zulässig erachtet. Die früher üblichen Kontrollen der Betäubungsmittelbücher I und II durch die Kriminalpolizei sind abgeschafft worden. Die Amtsärzte vertreten in der Mehrzahl die Auffassung, daß durch die amtsärztlichen Musterungen genügend Beobachtungen hinsichtlich der Prophylaxe gewonnen werden, so daß auf die regelmäßige Kontrolle der Apotheken durch die Kriminalpolizei verzichtet werden könne. Eine ständige Fühlungnahme mit dem zuständigen Rauschgiftdezernat der Kriminalpolizei wird aber allgemein für notwendig gehalten.

Es bleibt zu hoffen, daß es in Zukunft den gemeinsamen Anstrengungen von Gesundheitsamt, Apotheken und Kriminalpolizei gelingen möge, auf einem wichtigen Sektor der vorbeugenden Verbrechensbekämpfung die Erfolge der Vergangenheit zu halten. Das Ziel dürfte den Einsatz lohnen: stehen doch Ehre, Existenz und Gesundheit der einzelnen Süchtigen auf dem Spiel, die bei rechtzeitigem Eingreifen meist vor dauerndem Schaden an diesen Gütern bewahrt werden können.

Die moderne Rauschgiftgesetzgebung hat in allen Kulturstaaten zu überzeugenden Erfolgen geführt. Auch die Erwartungen, die man an das deutsche Opiumgesetz geknüpft hat, haben sich im allgemeinen erfüllt. Nach dem gegebenen gesetzlichen Rahmen dürfte es sich weniger darum handeln, umfangreiche neue Bestimmungen zu schaffen als vielmehr darum, die vorhandenen Möglichkeiten auszuschöpfen.

Vom kriminalpolizeilichen Standpunkt aus wird allerdings der Wegfall der Rechtsgrundlage zur Erfassung der süchtigen Personen als ein besonderer Nachteil empfunden. Bei der Bearbeitung von Rauschgiftdelikten ist die Strafanzeige von untergeordneter Bedeutung, so daß der Erfolg der Sachbearbeitung im wesentlichen von der Ermittlungstätigkeit des Kriminalbeamten abhängt. Da die Rauschgiftmittel aber zum großen Teil den Weg über die Apotheken nehmen, muß der Kriminalpolizei wieder das Recht auf Apothekenkontrollen eingeräumt werden, auch wenn kein konkreter Verdacht vorliegt. Die Kontrollen richten sich — dies muß an dieser Stelle ausdrücklich betont werden — nicht gegen Ärzte oder Apotheker, sondern ausschließlich gegen den rauschgiftsüchtigen Straftäter. Es kommt bei den Kontrollen vor allem darauf an, strafbare Zusammenhänge zu erforschen und aufzuklären und die Suchtkriminalität bereits im Vorfeld einzuengen. Mit diesen Kontrollen würde gleichzeitig erreicht, daß die Erfassung der süchtigen Personen intensiver durchgeführt werden könnte und unsere Statistiken zuverlässiger würden.

Die Einführung eines besonderen Rezeptblocks für die Abgabe von Betäubungsmitteln dürfte sich ebenfalls empfehlen. Dieser Rezeptblock müßte so beschaffen sein, daß er praktisch alle evtl. Mißbrauchsmöglichkeiten ausschließen würde. Im Saarland und in der sowjetisch besetzten Zone Deutschlands kommt der amtliche Rezeptblock zur Anwendung.

Es dürfte weiter zweckmäßig sein, beim Abholen von Betäubungsmitteln aus Apotheken die Ausweispflicht wieder einzuführen. Nach den guten Erfahrungen, die man mit der Ausweispflicht vorübergehend in den Ländern Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hamburg gemacht hat, sollten die gegen dieses Verfahren vorgebrachten Bedenken zurückgestellt werden.

Die Arbeit des Rauschgiftsachbearbeiters der Kriminalpolizei würde auch wesentlich erleichtert werden, wenn sich die vorgeschriebene Aufbewahrung der Rezepte in den Apotheken auf die Dauer von 5 Jahren auf alle Originalrezepte beziehen würde. Nach § 26 der Verschreibungs- und Abgabeverordnung gilt die Aufbewahrungspflicht zur Zeit nicht für Kassenrezepte und Rezepte der öffentlichen Fürsorge. Diese Verschreibungen sind dem Versicherungsträger oder den Kassen zur Verrechnung einzureichen. Wenn sie diesen Zweck erfüllt haben, werden sie meist vernichtet. Mit Hilfe der Originalrezepte war es bisher in zahlreichen Fällen möglich, Rezeptdiebe, Rezeptfälscher und sonstige Betrüger zu überführen.

Der Verkehr mit Betäubungsmitteln in Krankenanstalten sollte einer einheitlichen Regelung im gesamten Bundesgebiet unterworfen werden, um die sichere Aufbewahrung, den Nachweis über Zugang und Abgang, Verbrauch und Bestand sowie Angaben über Lieferer und Empfänger zu garantieren.

Diese kurzen Hinweise — die nur beispielhaft angeführt werden — sollen genügen, um die Problematik der Suchtkriminalität aus der Sicht der Kriminalpolizei aufzuzeigen. Alle Bekämpfungsmaßnahmen werden aber Stückwerk bleiben, wenn sie nicht die verantwortungsbewußte Unterstützung der Ärzte haben, die — wie es in den Leitsätzen und Richtlinien des deutschen Ärztetages heißt — »zwar in Diagnose und Therapie volle Handlungsfreiheit haben, doch bei der Anwendung von Suchtmitteln streng an die Indikationen der ärztlichen Wissenschaft und Praxis gebunden sind.«

Rauschgifte

Ein historischer Überblick

Kriminalrat Leichtweiß, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Um einen historischen Überblick über »Rauschgift« ganz allgemein zu gewinnen, empfiehlt es sich, von den nachweisbaren Erscheinungsformen seines Gebrauchs in den verschiedenen Zeitepochen auszugehen. Die Anwendung von berauschenden Giften dürfte bereits in prähistorische Zeiten zurückreichen, wenn man sich auch damals noch nicht bewußt war, daß es sich um »Rauschgifte« in dem später verstandenen Sinne handelte.

Die Natur hat in erster Linie im Pflanzenreich eine Vielzahl von Stoffen hervorgebracht, mit denen Schmerzen und Unbehagen gebannt werden können und die ein ausgeprägtes Gefühl von Wohlbefinden, belebender Kraft oder auch einen Rausch auszulösen vermögen. Solche »Zaubermittel«, die wir heute »Rauschgifte« nennen, waren in fast allen Ländern der Erde, bei allen Rassen und Bevölkerungsschichten von alters her bekannt. Die Gründe für ihren Gebrauch werden im wesentlichen folgende gewesen sein:

1. Religiöse Handlungen der primitiven Kulturstufe, bei denen man den Rauschzustand durch Zaubertränke erreichen wollte, der, meist noch durch rhythmische Bewegungen und wilde Tänze bis zur Ekstase gesteigert, eine Befreiung von allen Hemmungen, ein gänzliches »Losgelöstsein« vom Irdischen und damit die Voraussetzung für eine Annäherung, eine Verbindung zur Geisterwelt, zu den Seelen Verstorbener, zur Gottheit, zum Übernatürlichen überhaupt schaffen sollte. Im Rausch sah man »Zukünftiges«. Die Geister nahmen Besitz von dem Körper des berauschten Medizinmannes, dessen Seele in ferne Regionen entführt war, und offenbarten sich durch seinen Mund.

2. Behandlung von körperlichen Schmerzen und Leiden der Seele, die vielfach mit religiösen und magischen Ritualen zusammenfiel.

3. Einnahme des Rauschgiftes aus Zweckmäßigkeit, d. h. zur Steigerung der Arbeitskraft, des Mutes im Kampf, zur Überwindung von Hunger, Durst und Müdigkeit. Nur verhältnismäßig selten wurden die Gifte in weit zurückliegender Zeit aus Genußsucht angewandt.

Mit dem Gebrauch des Rauschgiftes — gleichgültig, aus welchen Gründen er erfolgte — kam zwangsläufig die Gefahr der Sucht, die zwar schon relativ frühzeitig erkannt worden war, zunächst jedoch keine wesentliche Rolle spielte. Während die primitiven Menschen durch ihre natürliche Lebensführung einen nicht unbedeutenden Schutz gegen die Sucht besaßen, wurde mit fortschreitender Zivilisation der altherkömmliche Gebrauch von Rauschgiften zur ständig größer werdenden Gefahr. Der Nachahmungstrieb, die Gewöhnung ohne Absicht und die Neugierde werden zu weiteren, im Laufe der Zeit immer wichtigeren Ursachen der Rauschgiftverwendung. Hinzu kommt, daß bei den zivilisierten Menschen — im Gegensatz zu den Naturvölkern — Genuß, Genußsucht und der Wunsch, Enttäuschungen und Leiden des Lebens zu vergessen, die Einnahme von Rauschgiften maßgeblich bestimmten. Dies führte infolge der Gewöhnung des Körpers an die Droge leicht zu einer ständigen Vergrößerung der Dosis und damit zur Sucht. Begünstigt wurde der Rauschgiftmißbrauch labiler Menschen durch rücksichtslose Geschäftemacherei der illegalen Rauschgifthändler. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß leichter Zugang zu Rauschgiften die wichtigste Ursache für deren Mißbrauch ist. Die Geschichte hat gelehrt, daß alle Verbote des Rauschgiftgebrauchs bzw. seines Mißbrauchs nahezu wirkungslos bleiben, wenn nicht

verhindert wird, daß dem Willensschwachen, dem Süchtigen unkontrolliert Rauschgifte in die Hand gegeben werden. Den Rauschgiftmißbrauch wirksam bekämpfen heißt: energische Bekämpfung des Rauschgiftschmuggels, des illegalen Rauschgifthandels.

Im folgenden soll versucht werden, einen gerafften geschichtlichen Überblick an Hand einer Anzahl bekannter bzw. wichtiger Rauschgifte zu geben:

Opium

Als eines der ältesten, vielleicht als ältestes Rauschgift überhaupt, können wir das aus dem Mohn gewonnene Opium bezeichnen, das wahrscheinlich durch Paracelsus (1493 bis 1541) in Deutschland eingeführt und von ihm als »Laudanum«, die zu lobende, rühmliche Arznei, bezeichnet wurde. Das Wort Opium leitet sich aus dem Griechischen ab — opión, von opós = Saft —.

Etwa 3000 v. Chr. pflanzten die Sumerer bereits den Mohn an, um seinen Saft, den sie »Gill« (Freude) nannten, zu gewinnen. Auf tönernen Tafeln vermerkten sie, daß der Saft des Mohns am frühen Morgen gesammelt werden müsse. Die Mohnblume, das Symbol von Schlaf und Tod, fand sich auf Grabsteinen, und wir begegnen ihr auch bei den Babyloniern — den Erben der sumerischen Zivilisation —, die die Kenntnis über die Eigenschaften des Mohns ostwärts nach Persien und westwärts nach Ägypten verbreiteten. Im Jahre 1550 v. Chr. war der Mohn als Heilmittel gegen menschliche Leiden in Ägypten bekannt und seine weitere Ausbreitung erfolgte von dort über Kleinasien, die Mittelmeerländer, Indien und China. Im 8. Jahrhundert v. Chr. erwähnt Hesiod den Mohn und bezeichnet die griechische Stadt Sikyon als Mekone, die Mohnstadt. 350 v. Chr. spricht Theophrastus, ein Schüler Aristoteles', von Opium als Arzneimittel und erläutert die Art seiner Gewinnung. Homer läßt Helena in seiner Ilias sagen, das Opium habe die Macht, »Schmerzen und die Gedanken an das Böse vergessen zu machen«. Ebenfalls als Medikament wird Opium von Scribonius Largus um 47 n. Chr. erwähnt. Vergil besingt den Mohn als Dichter, während Plinius um 50 n. Chr. die Wirkung dieses Milchsaftes in der Weise beschreibt, daß Opium nicht nur den Schlaf herbeiführe, sondern, in größeren Mengen genommen, selbst den Tod bringen könne. Diagoras und Erasistratos traten als Warner gegen seine Anwendung auf. Hippokrates empfahl, den Saft des weißen Mohns mit Nesselsamen zu mischen. Über Verfälschungen des Opiums machte schon 50 n. Chr. Dioskorides Mitteilung. Die mohammedanischen Erobererzüge brachten den Mohn nach Indien und China, nach Annam, Siam und Burma. Von dort wanderte er weiter nach Japan, Sumatra, Borneo und auf die Philippinen. Es ist somit wahrscheinlich, daß die Araber das Opium im 6. und 7. Jahrhundert n. Chr. in Persien, Indien und China eingeführt haben. Der erste chinesische Bericht über dieses Rauschgift ist in einem Arzneibuch aus dem Jahre 973 n. Chr. zu finden. Es ist anzunehmen, daß der schon im 11. Jahrhundert in China in großem Umfange angebaute Mohn zunächst vorwiegend als Schlaf- und Schmerzlinderungsmittel diente. Der Verbrauch des Opiums erfuhr eine starke Zunahme, als man feststellte, daß man nach seinem Genuß nur wenig Nahrung brauchte, was mit Rücksicht auf die häufigen Hungersnöte des chinesischen Volkes sehr bedeutsam wurde. Bis dahin aß man das Opium (Opiumbrote usw.). Das Opiumrauchen, das wahrscheinlich von der Insel Formosa eingeführt wurde, konnte erst im 17. Jahrhundert beobachtet werden. Wegen seiner gesundheitsschädigenden Wirkung wurde es jedoch schon 1729 verboten und mit dem kaiserlichen Bann belegt.

Im 14. Jahrhundert war der Opiumgenuß in China zu einem richtigen Volkslaster geworden. Die Quellen sagen jedoch nicht, wie es überwunden wurde. Fest steht, daß es fast verschwunden war, als die Sitte des Opiumrauchens nach China eingedrungen war. Das Opium wurde zunächst mit Tabak gemischt geraucht — das Tabakrauchen hatten die Spanier nach den Philippinen gebracht. Das Rauchen reinen Opiums, also ohne Tabak, kam in China erst seit etwa 1800 auf.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß der Genuß des Opiums aus dem Westen nach China verpflanzt wurde und mit der Ausbreitung des Islams nach dem Osten wanderte.

Wenn wir auch im Sanskrit Anspielungen auf Mohn finden, so sind diese doch nicht klar auszulegen. Man kann vor dem 16. Jahrhundert über die Gewinnung und den Verbrauch von Opium in Indien nichts Stichhaltiges sagen. Bereits 1511 schrieb allerdings der Portugiese Barbosa, ein Freund des Magellan: »Opium ist das Nahrungsmittel der Mauren und Inder«.

In der 1. Hälfte des 18. Jahrhunderts wurde China durch gesetzliche und ungesetzliche Einfuhr von großen Mengen Opiums, vor allem durch die Portugiesen, überschwemmt. Diese verfünffachten ihre Einfuhr aus dem Jahre 1729 in den folgenden 40 Jahren. Auch die Engländer verkauften durch die von ihnen gecharterte East-India-Company (gegründet 1600) und deren Nachfolgeorganisationen das in Indien gewonnene Opium an chinesische Kaufleute.

Der Eroberer »Yung Chêng« hatte 1729 als erster chinesischer Kaiser ein Edikt gegen den Verkauf von Opium und das gewohnheitsmäßige Opiumrauchen herausgegeben. Seine Proklamation enthielt eine Anzahl strenger Gesetze, die sich jedoch nicht gegen die fortdauernde Überschwemmung mit eingeführtem Opium wandten. Ein weiteres im Jahre 1799 erlassenes Verbot blieb ebenfalls fast wirkungslos. Das Opiumproblem wurde in China so ernst, daß schließlich die Einfuhr und der Anbau dieses Rauschgiftes ganz verboten wurden. Der illegale Handel blühte aber unvermindert weiter, obwohl im Jahre 1828 auf Schmuggel mit Opium und anderen Narkotika sehr strenge Strafen, bis zur Todesstrafe, standen. Friedrich List schrieb 1840 über den von den Engländern betriebenen Opiumhandel: »Die englischen Kaufleute führen Massen von Opium nach Kanton aus, wo sie diese Ware gegen Tee und Seide vertauschen. Der Handel ist gewinnreich für die Kaufleute beider Nationen. Nach der Werttheorie ist dieser Verkehr für beide Nationen nützlich, weil dadurch die Produktion beider gefördert wird. Dagegen behauptet der Gouverneur von Kanton, die Konsumtion von Opium habe eine unbeschreiblich nachteilige Wirkung auf die Moralität, die Intelligenz, das häusliche Glück und die öffentliche Ruhe der Chinesen, und die Konsumtion des Opiums steige in so furchtbarem Grad, daß von diesem Handel die größten Nationalübel zu befürchten seien. Was soll uns, ruft er aus, dieser Gewinn, den unsere Hongkong-Kaufleute an Werten machen? Jene Ware, die wir für unsere Seide und unseren Tee eintauschen, dient nur dazu, unsere ganze Zivilisation und damit unsere ganze produktive Kraft zu untergraben. Tausendmal besser wäre es, unsere überflüssigen Produkte, der Preis jenes Nationalgiftes, lägen in tiefer See!« Im gleichen Jahre gab der britische Minister Lord Palmerston, der von dem bedeutendsten Opiumschmuggler der damaligen Zeit, William Jardine, beeinflußt gewesen sein soll, den Anstoß zu dem ersten Opiumkrieg zwischen Großbritannien und China, der bis 1842 dauerte und durch den Vertrag von Nanking beendet wurde. Durch diesen Krieg erzwang Großbritannien das Zugeständnis der freien Ausübung des Opiumhandels in den Häfen Kanton, Amoy, Futschou, Ning-Po und Schanghai. Hongkong wurde an Großbritannien abgetreten, und die gesamten Kriegskosten fielen den Chinesen zur Last. Der zur Zeit des Opiumkrieges regierende Kaiser Tao-Kung soll auf das Drängen, den Opiumhandel zu legalisieren, gesagt haben: »Ich kann die Einfuhr dieses Giftes nicht verhindern; gewinnsüchtige und verderbte Menschen wollen aus Profitgier und Sinnlichkeit meine Wünsche durchkreuzen, aber nichts wird mich dazu veranlassen, meine Einkünfte aus dem Laster und Elend meines Volkes zu beziehen.« Ein im Jahre 1850 von Kaiser Hien Fang erlassenes Edikt, welches das Rauchen von Opium nach einer Frist von 5 Monaten unter Todesstrafe, Androhung der Sklaverei für die Familie des Rauchers und Ausschluß seiner Nachkommen von den staatlichen Ämtern verbot, war ebenfalls vergebens. Immer wieder drängten die Engländer auf eine Legalisierung des Handels und verlangten die nach dem Vertrag von 1842 mögliche Revision der den Handel betreffenden Bestimmungen nach Ablauf von 12 Jahren. Die Chinesen waren jedoch hierfür nicht zu gewinnen. Als im Jahre 1856 ein Schmuggelschiff, die »Lorcha Arrow«, mit chinesischer Besatzung unter englischer Flagge auf der Fahrt nach Kanton von der chinesischen Zollbehörde angehalten wurde, begann England den 2. Opiumkrieg, der schließlich die Legalisierung des Opiumhandels im Frieden von Peking 1860 endgültig erzwang. Die Bestimmungen der vorausgegangenen Tarifverhandlungen von Schanghai im Jahre 1858 bildeten einen Bestandteil des im gleichen Jahre geschlossenen Vertrages von Tientsin, dessen Ratifikationen in Peking ausgetauscht werden sollten. In einem letzten Versuch, den Europäern die Gleichberechtigung zu versagen, sperrten die Chinesen den Zugang zu Peking, was neue kriegerische Verwicklungen auslöste, in deren Verlauf die chinesische Gegenwehr zum Erliegen gebracht wurde. Der Frieden von Peking beendigte dann 1860 diese letzten Feindseligkeiten und brachte den Austausch der Ratifikationen des Vertrages von 1858. Bis in das 20. Jahrhundert hinein basierte der indo-chinesische Opiumhandel auf diesem Vertragswerk. Mit steigender Einfuhr wuchs in der Folgezeit der jetzt von den chinesischen Behörden stark geförderte Eigenanbau des Rauschgiftes in China. Wenn auch das einheimische Opium schlechter war, so hatte es dennoch den Vorzug, billiger zu sein, wodurch die Chinesen hofften, ein gewisses Gegengewicht gegen das importierte Opium zu bilden. Das gelang auch in beachtlichem Umfange.

In den folgenden Jahren änderte sich die Situation durch Rückgang der indischen Opiumimporte, so daß England gewärtig sein mußte, den chinesischen Opiummarkt zu verlieren. Hinzu kam, daß der Opiumhandel ein Hauptangriffspunkt der neuen nationalen Bewegung in China und vor allem der chinesischen Studenten wurde.

1906 verbot China durch ein kaiserliches Edikt den Opiumanbau ebenso wie die fremden Importe auf die Dauer von 10 Jahren, nachdem England sich im gleichen Jahre bereit gefunden hatte, in einem neuen Vertrag den chinesischen Wünschen nunmehr näherzukommen.

Mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts kam zu dem Opiumgenuß als weitere soziale Krankheitserscheinung noch der Mißbrauch von Morphium und Kokain. Das Morphin als wichtigstes Alkaloid des Opiums war 1804 von dem Apotheker Sertürner entdeckt und isoliert worden. Die Opiumfrage wurde jetzt zu einem verwickelten und schwierigen Weltproblem, da die neuen künstlichen Mittel als gefährlicher Ersatz des Opiums bald in großem Umfange im Handel waren. Nunmehr drängten die Amerikaner auf eine internationale Behandlung des Problems, und es kam zu den internationalen Konferenzen von Schanghai (1909) und Den Haag (1912, 1913 und 1914). Auf Grund einer im Versailler Friedensvertrag enthaltenen Verpflichtung zur Anerkennung des Opium-Abkommens unterzeichneten 1920 24 Staaten das Protokoll von 1912. In Genf fand 1924 bis 1925 eine weitere Konferenz statt, an der 36 Nationen teilnahmen und auf der festgestellt wurde, daß es notwendig sei, gegen den immer noch blühenden illegalen Handel und Mißbrauch mit Rauschgiften neue Maßnahmen zu treffen. Der bedeutendste Fortschritt dieser Konferenz war die Einführung der Ein- und Ausfuhrgenehmigungen. Auch der Völkerbund war eingeschaltet worden. Die nächste wichtige Konferenz tagte im Mai 1931. Sie befaßte sich mit der Begrenzung der Herstellung und der Verteilung der Rauschgifte. Die Konvention von 1936 über die Unterdrückung des illegalen Handels mit illegalen Rauschgiften hatte zum Ziel, in allen Ländern gleich strenge Strafen für illegalen Rauschgifthandel einzuführen und darüber hinaus Maßnahmen zu treffen, die es ermöglichen sollten, illegale Rauschgifthändler vor Gericht zu bringen, auch wenn sie aus dem Land, in dem sie gegen die Rauschgiftgesetzgebung verstoßen hatten, geflohen waren. Diese Konvention trat 1939 in Kraft und wurde nach Beendigung des 2. Weltkrieges im August 1952 von 19 Ländern ratifiziert. Zum gleichen Zeitpunkt erkannten 73 Länder die Konvention von 1931 an. Auf die Bestimmungen dieser internationalen Konventionen soll, ebenso wie auf die deutsche Opiumgesetzgebung, im einzelnen nicht eingegangen werden, da ihre Erläuterung weiteren Abhandlungen vorbehalten ist.

Zu dem Opiumproblem bliebe noch zu erwähnen, daß Japan im Jahre 1853 das gleiche Schicksal traf wie es China 11 Jahre vorher ereilt hat, nachdem eine amerikanische Flotte unter Admiral Perry die Öffnung des japanischen Marktes für den europäisch-amerikanischen Handel erzwungen hatte. Der strengen, rücksichtslosen Anti-Opiumpolitik Japans ist es zu verdanken, daß es bereits im Jahre 1858 gelang, in einem Handelsvertrag mit England den Opium-Import nach Japan zu verbieten. 1878 kam es zu einem Einkaufsmonopol für Opium, das den Import von ausländischem Opium regulierte, soweit das im Inland angebaute Opium für medizinische Zwecke nicht ausreichte. Das japanische Strafgesetzbuch von 1880 enthält ein generelles Einfuhrverbot für Opium, das Verbot der Herstellung und des Verkaufs von präpariertem Opium, von Opiumrauchgeräten und das Verbot des Opiumrauchens überhaupt. Japan ist das einzige ostasiatische Land, das sich vom Opium freihalten konnte.

Während der Besetzung Chinas durch die Japaner überschwemmten diese China mit Opium, ohne selbst in Mitleidenschaft gezogen zu werden. China, das sich im Jahre 1936 in einer Konferenz unter dem Vorsitz von General Tschiang Kai-schek zum Ziele gesetzt hatte, das Land von der tödlichen Gefahr des Opiumrauchens bis zum Jahre 1940 zu befreien, erließ ein Gesetz, nach dem die Rauschgiftsüchtigen sich entweder selbst einer Kur unterziehen mußten oder die Todesstrafe zu gewärtigen hatten. Dieses Gesetz wurde nach den Friedensverhandlungen von Tientsin im Jahre 1937 nicht mehr angewandt. In Peiping soll 1936 ein Rauschgifthändler zur Abschreckung zwei Stunden auf einem Karren durch die Straßen geführt und dann erschossen worden sein. Während der Besetzung durch die Japaner blühte jedoch der Opiumhandel, wie bereits erwähnt, wieder auf. Das Rauschgift wurde als Waffe benutzt, um die Bevölkerung Chinas systematisch körperlich und moralisch zu ruinieren.

Nach dem 2. Weltkrieg hat der Opiumverbrauch im Osten nach einem vorübergehenden Rückgang erneut zugenommen.

In Westeuropa war Opium ebenfalls schon frühzeitig bekannt. Der in der Schweiz bereits in den Pfahlbauten gefundene Mohnsamen läßt jedoch keine Rückschlüsse in dieser Beziehung zu, weil die Pfahlbaubewohner den Mohnsamen sehr wahrscheinlich nur als Nahrungsmittel verwandten.

Paracelsus machte sich, wie schon eingangs bemerkt, im 16. Jahrhundert das Opium als Arznei für seine Patienten nutzbar und wandte es als probates Mittel gegen Fieber, Mattigkeit, Asthma, Koliken, Husten, Gelbsucht und Melancholie an. Er pries die Opiumtinktur mit den Worten: »Ich habe ein Arcanum, heiß ich Laudanum, ist über das alles, wo es zum Tode weichen will.« Und Turner, der englische Pflanzenkenner, hebt 1551 hervor, daß das Opium ein ausgezeichnetes Mittel im Kampf gegen die Brustfellentzündung sei.

In England fand das Opium erst in der Mitte des 16. Jahrhunderts allgemeinere Verbreitung, nachdem die Britische Insel Hollands bis dahin führende Welthandelsmachtstellung übernommen und die Flotte Opium nach Hause gebracht hatte. Eine bemerkenswerte Sucht nach diesem Rauschgift wurde jedoch erst im 19. Jahrhundert festgestellt, als man entdeckte, daß der Opiumverbrauch den medizinisch notwendigen Bedarf weit überschritt.

Anfang des 19. Jahrhunderts wurde, wie bereits erwähnt, das Morphin entdeckt, dem Ende des gleichen Jahrhunderts das Heroin, durch den deutschen Chemiker Dankwortt dargestellt, folgte. Deutschland ist das Land der ältesten Alkaloid-Industrie und die Großherstellung von Morphin reicht bei uns schon mehr als 100 Jahre zurück.

Die Anwendung des Morphiums erfolgte zunächst vor allem in der Kriegschirurgie, wenn sich auch die Anfänge des Rauschgiftgenusses bereits 20 Jahre nach seiner Entdeckung zeigten. Als der französische Arzt Pravaz Mitte des 19. Jahrhunderts eine Spritze ersann, mit der man das Morphin unter die Haut spritzen konnte, glaubte man ein Mittel gefunden zu haben, das die Patienten vor der Sucht bewahre — eine Annahme, die sich jedoch als irrtümlich erwies. 1861 setzten die amerikanischen Ärzte im Bürgerkrieg das neue Mittel bedenkenlos ein, und erst im Jahre 1870 wurde ärztlicherseits darauf aufmerksam gemacht, daß nach Morphineinspritzungen Suchterscheinungen beobachtet worden seien. Der deutsch-französische Krieg 1870/71 brachte eine gesteigerte Anwendung der Morphineinspritzungen. Bei körperlichen und seelischen Beschwerden griff man zu dieser »Modearznei« und leistete dadurch der Sucht weitgehend Vorschub.

Das 1898 als Ersatzmittel hergestellte Heroin hatte noch verheerendere Folgen als Morphium. Von den Ärzten praktisch nicht mehr verwandt, ist Heroin in Amerika als Genußmittel sehr verbreitet. Es hatte sich auch in Hamburg vor dem 2. Weltkrieg, unter dem Namen »Etsch« (das englische »H«) schwarzgehandelt, sehr verbreitet. Während Heroin für Deutschland keine Rolle mehr spielt, wird es, besonders in Ägypten und einigen europäischen Hafenstädten, noch als Rauschgift verwendet. Auch der Heroinmißbrauch wurde durch die Opiumgesetzgebung erheblich eingeschränkt, so daß die kontrollierte Heroinproduktion, die 1929 in der ganzen Welt 3,65 Tonnen betrug, sich 1935 nur noch auf 634 kg belief. In der Bundesrepublik hatte nur eine Fabrik die Erlaubnis, Heroin herzustellen. Aber auch diese Konzession ist 1954 abgelaufen, nachdem bereits in diesem Jahr keine Produktion mehr erfolgt war. Die noch vorhandenen Heroinmengen sind inzwischen in Morphium umgewandelt worden.

Hinsichtlich des Mißbrauchs der genannten Opiumalkaloide kann gesagt werden, daß dem Morphinismus in der westlichen Welt nur selten jemand freiwillig — vorsätzlich — verfällt. Insoweit besteht ein Gegensatz zu China, wo Opium als Genußmittel stark verbreitet ist.

Haschisch (cannabis indica)

Als weiterem uns schon sehr lange bekanntem Rauschgift wollen wir uns nun dem Haschisch (indischer Hanf) zuwenden.

Die Verwendung von Hanf als Rauschgift ist seit wenigstens 2500 Jahren bekannt. Die Kunde von den durch Haschischgenuß verursachten Visionen und prophetischen Träumen, finden wir auch schon in den toten mesopotamischen Sprachen. Herodot (500 v. Chr.) erzählt, daß die Skythen am Kaspischen Meer Hanfsamen in einem geschlossenen Raum auf heiße Steine gestreut und sich durch Einatmen der hierbei entstandenen Dämpfe berauscht hätten, und Diodor berichtet, daß die Weiber im alten Theben einen bekömmlichen Absud vom indischen Hanf herstellten. Petronius

pries das Haschisch im »Satyricon«, während es nach Galenus (129 bis 199 n. Chr.), dem Leibarzt des Marc Aurel, im Nachtisch-Konfekt enthalten war. Auch die alten Sanskrit-Schriftsteller erwähnten lobend die »Pillen der Fröhlichkeit«, mit denen Garzias ab Horto in Indien Bekanntschaft gemacht hat. Der arabische Gelehrte Ibn el Baithar stellte im 12. Jahrhundert fest, daß der Cannabinismus zu schweren Störungen wie Delirien, Geistesschwäche, Tobsucht und Wahnsinn führe. In der vermutlich seit dem 10. Jahrhundert entstandenen arabischen Märchensammlung »Tausendundeine Nacht« werden uns verschiedene Arten des Haschisch-Genusses geschildert. Für den Hindu ist die Hanfpflanze heilig.

Im 14. Jahrhundert ließ der Emir Soudoun Scheikhouni in Djoneima alle Pflanzen der cannabis indica ausreißen, die Pflanzer einkerkern und allen Süchtigen die Zähne ausbrechen. General Kléber verfügte — im napoleonischen Geiste — die Zumauerung der Türen aller Cafés, in denen indischer Hanf genossen worden war. Die Besitzer wurden inhaftiert, alles erreichbare Haschisch konfisziert und öffentlich verbrannt. Auch bei diesem Rauschgift förderte der Fortschritt der Zivilisation die Sucht. Der seefahrende Venezianer Marco Polo (1254 bis 1324 n. Chr.) berichtet von seinen Reisen die Geschichte des kleinasiatischen Fürsten Hasan ibn Sabbah, der etwa um das Jahr 1100 lebte. Mohammedanische Mystiker, eine Abzweigung der Ismaeliten, hatten sich unter seiner Führung 1081 zu einer Sekte zusammengeschlossen, die ihre Anhänger mit Giften gewann. Es dürfte als sicher anzunehmen sein, daß es sich bei diesen Giften um Haschisch handelte. Wie man erzählte, versenkte Hasan junge Männer durch einen berauschenden Trunk in tiefen Schlaf. Hierzu bemerkte der deutsche Geschichtsschreiber Abt Arnold von Lübeck im 12. Jahrhundert: »Dann kamen Magier und zeigten den im Schlafe Liegenden phantastische Dinge, Freuden und Ergötzungen. Ihnen wurde die ewige Dauer solcher Freuden versprochen, wenn sie mit dem ihnen übergebenen Dolche die ihnen gewordenen Befehle ausführten.« Aus dem Schlafe erwacht, fühlten sich die so »Geworbenen« zu ihrer Sekte gehörig und berichteten lobpreisend von den Freuden des Paradieses, die sie erleben durften. Auf diese Weise machte sich Hasan die Ordensmitglieder, die man Assassinen = »Haschisch-Genießer« nannte, zu ergebenen Werkzeugen für seine Verbrechen, die fast durchweg Morde waren. Das Wort Assassinen ist heute noch in der französischen Sprache lebendig als »assassin«, der »Mörder«. Es wird behauptet, daß die Assassinen die Morde an Raimund, Graf zu Tripoli, Konrad von Montferrat, Markgraf von Tyrus und anderen Kreuzrittern begangen haben und daß man Assassinen zur Ermordung Friedrich Barbarossas nach Italien entsandte. Papst Innozenz IV. (1243 bis 1254) erklärte öffentlich, der Herzog von Bayern sei durch Hasans Anhänger ermordet worden, und noch fast 200 Jahre nach Hasans Tod wurden durch sie bedeutende Persönlichkeiten des Morgen- und Abendlandes getötet. Auch der europäer- und christenfeindliche mohammedanische Orden der Senussi gebrauchte Haschisch vor religiösen Handlungen oder besonderen Taten. Bei den Kassai-Völkern wird dieses Rauschgift, das sie »Riamba« nennen, als »Weltverbrüderungszauber« geraucht, indem jeder Stammesangehörige aus einem großen Flaschenkürbis drei Züge inhaliert. An der Loangoküste, in Rhodesien und am Zambesi, bei den Bergdamara, den Ovambo, Hottentotten, Buschmännern, Kaffern und Zulukaffern wird das Haschisch aus Köhlerhaufen, Kuduhörnern und Kalebassen geraucht. Die afrikanische Haschischroute erstreckte sich vom Kongo bis über Liberia hinaus. Auch die marokkanischen Kif-Raucher verwenden dieses Rauschmittel. Afghanen bringen es von Kaschgar über Badakham nach Kabul, und wir finden es in Beludschistan, Hindostan, Nepal und auf dem Pamir. Der reichliche Verbrauch von Haschisch in den mohammedanischen Ländern dürfte z. T. mit dem Alkoholverbot des Koran zusammenhängen.

Etwa 1545 wurde der Hanf von den Spaniern nach Süd- und Mittelamerika gebracht. Seitdem ist Haschisch dort unter dem Namen »Marihuana« heimisch geworden. In Brasilien wurde die rauscherzeugende Wirkung der Pflanze später durch afrikanische Sklaven bekannt. Ihre große Verbreitung erfolgte von Mexiko aus, von wo sich das Laster schließlich um das Jahr 1910 herum über die USA ausdehnte. Während Haschisch in Europa, abgesehen von Griechenland, nie eine bedeutende Rolle spielte — seine Verwendung hatte sich von Asien über Afrika, Südamerika und Nordamerika ausgebreitet —, wurde es vor dem 1. Weltkrieg in den Vereinigten Staaten auch nur in geringem Umfange, speziell in Kreisen der Unterwelt, verwandt. Nach dem 1. Weltkrieg nahm der Marihuana-Verbrauch (in Form von Zigaretten) in Lateinamerika trotz des Hanfanbauverbotes stark zu. In Indien, wo das Hanfrauchen verboten ist, stellen die Eingeborenen vielfach berauschende Tees aus Hanf her.

Die Gefahr beim Haschisch liegt vor allen Dingen darin, daß der Rausch die Beeinflußten leicht zu Verbrechen treibt. Es gibt kaum ein Rauschgift, unter dessen Anhängern man so viele junge Menschen, ja größere Kinder trifft, wie beim Haschisch. Der entscheidende Einfluß, den Haschisch — Marihuana auf die Kriminalität der Jugendlichen gewinnen kann, ist von besonderer Bedeutung. In den USA wurde festgestellt, daß bereits Schulkinder dem Laster des Marihuanarauchens frönen, und in manchen Schulen sollen 40 % Weiße und 90 % der Neger dieser Sucht verfallen sein. Der illegale Handel mit diesem dem Zigarettentabak beigegebenen Rauschgift ist einfach und der Beschaffungspreis gering. Nach amerikanischen Polizeiberichten bilden die Marihuana-Raucher eine neue Klasse und einen völlig neuen Typ des Rauschgiftsüchtigen. Während die Süchtigen der »Weißen Drogen« gewöhnlich über 30 Jahre alt sind, sind die dem Marihuana Verfallenen wesentlich jünger. Die Archive des Bundesbüros für Rauschgiftangelegenheiten der USA enthalten zahlreiche Berichte über Fälle, die erschöpfendes Beweismaterial dafür liefern, daß die Droge — von jungen Menschen benutzt — vor allem zu Gewalttätigkeiten führt. Es wurde geschätzt, daß die Hälfte der schweren Verbrechen, die in bestimmten, von Mexikanern, Filipinos, Lateinamerikanern und Negern bewohnten Distrikten begangen wurden, dem Marihuana-Mißbrauch zur Last gelegt werden müssen. Ein Staatsanwalt aus New Orleans wies darauf hin, daß 50 % der in seiner Stadt begangenen Morde auf Marihuana zurückzuführen seien. Die Kurve stieg bis zum Jahre 1937 so steil an, daß sich das »Exekutivkomitee der zwischenstaatlichen Kommission für Verbrechen« im Dezember 1937 in offener Sitzung zusammenfand, um einen Weg zur Eindämmung des Marihuana-Mißbrauchs zu finden.

Zu erwähnen wäre hier noch das mexikanische Haschisch, das in Mexiko auch als »Marihuana« oder »Rosamaria« aus dem Harz einer mit cannabis indica fast identischen Urticacea gewonnen wird. Marihuana kann auch gegessen werden. In Mexiko gibt es ferner zahlreiche Marihuana-Trinker, die das Rauschgift in einem alkoholischen Extrakt der Droge zu sich nehmen. Vielfach werden auch die Blüten und die obersten Teile der Stengel zerkleinert, mit Zucker und Spanischem Pfeffer verrieben und das Ganze mit Milch oder Agavenschnaps gemischt. Die Tollwut, der Hang nach sinnlosem, grausamem Blutvergießen und bösen Raufereien haben in Mexiko schon vor dem allgemeinen Verbot des Hanfanbaues vor Jahren dazu geführt, daß die »Marihuanisten« ohne Rücksicht auf ihren Rang aus der Armee ausgestoßen wurden.

Auf Tiere ist die Wirkung dieses Rauschgiftes eine ähnliche wie auf Menschen. Es ist bekannt, daß man in Mexiko Kampfstiere, um sie angriffslustiger zu machen, ebenso mit Marihuana gedopt hat wie die Hähne bei den Hahnenkämpfen.

In jüngster Zeit sind neben den Marihuana-Zigaretten in Amerika die sogenannten »Zimt-Zigaretten« oder »Canel-Zigaretten« aufgekommen, die eine Mischung von Tabak mit einer bestimmten Zimtsorte (Canela heißt im Spanischen: Zimt) enthalten und die gleiche Wirkung wie die Marihuana-Zigaretten haben.

Abschließend soll hier eine kleine persische Parabel, die die verschiedenartige Auswirkung des Rausches durch Alkohol, Opium und Haschisch veranschaulichen will, eingefügt werden:

»Drei Männer kommen nachts an ein verschlossenes Stadttor. Da sagt der erste, der Alkohol getrunken hat: Wir werden das Tor einschlagen. Der zweite, der Opium geraucht hat, widerspricht ihm: Nein, wir werden uns hinlegen und bis morgen früh schlafen; dann wird das Tor geöffnet und wir können hindurchgehen. Der dritte jedoch, der Haschisch gegessen hat, lächelt überlegen über beide. Weder — noch, sagt er, wir kriechen durchs Schlüsselloch.«

Kokain

Auch der Genuß der Kokablätter dürfte in prähistorische Zeiten zurückgehen. Er läßt sich schon frühzeitig, vor allem in den Küstenstaaten Amerikas, in Bolivien und Peru, nachweisen. Die Inkas hielten den Kokastrauch für eine Göttergabe und wählten das Blatt zum Emblem der Könige. Sie nannten die Königin »Mama Cuca« und bildeten ihre Götzen mit einem Kokaknollen in der Wange nach.

Die Indianer Perus und die chilenischen oder bolivischen Eingeborenen rollten in die Blätter des Kokastrauches Kalk oder Pflanzenasche und kauten das Gemisch. Aus spanischen Aufzeichnungen aus dem Jahre 1552 wissen wir, daß in Peru, wo kokakauende Eingeborene angetroffen wurden,

die Blätter dieser Pflanze als Talisman des Glückes galten und die Priester mit ihnen die Tempel räucherten. Die in den Minen der Anden arbeitenden, aus dem Flachlande stammenden Indianer pflegten Kokablätter zu kauen. Diese enthielten zwar nur kleine Mengen Kokain, doch hielten sie das Arbeitsvermögen in der dünnen Bergluft aufrecht, steigerten es sogar und beseitigten das Hungergefühl. Aus dem Wirkungsgehalt eines Blattes leiten diese Menschen ein Zeit- und Wegmaß her: die Cocada. Sie ist die Zeitspanne, in der man unter der Wirkung einer Portion Koka eine bestimmte Wegstrecke ohne Ermüdungserscheinungen gehen kann, eine Zeitspanne von etwa 40 Minuten (ca. drei Kilometer). Es darf hier erwähnt werden, daß nur eine geringe Anzahl der in den Bergen arbeitenden Indianer Südamerikas das Kauen der Kokablätter fortsetzte, wenn sie in das Flachland zurückkehrten. Die Süchtiggewordenen wurden von den Eingeborenen »Coqueros« genannt. Wegen des allgemeinen Gebrauchs der Kokablätter, der nicht aus Genußsucht erfolgte, blieb auch seine Verdammung durch das Konzil von Lima erfolglos.

1750 wurden erstmalig Kokapflanzen aus Bolivien nach Europa importiert. Für Genußzwecke werden zwei Arten des Kokastrauches angebaut: eine großblättrige — hauptsächlich in Amerika gepflanzte — und eine mit kleineren Blättern, aus der die asiatischen Kulturen bestehen, da diese Art heißere Temperaturen verträgt. Der kleinblättrige Kokastrauch wurde 1870 nach Ceylon und von dort 1885 nach Britisch-Indien gebracht. 1878 kamen Kokasträucher nach Niederländisch-Indien, wo die Anpflanzung seit 1886 ständig vergrößert wurde. Niederländisch-Indien, das seine ganze Produktion exportiert, konnte das peruanische Rohkoka weitgehend vom Markt verdrängen, während in den südamerikanischen Andenstaaten ein bedeutender Eigenkonsum besteht.

Der deutsche Chemiker Niemann entdeckte und isolierte das Alkaloid Kokain 1859/60 aus den Blättern der südamerikanischen Kokapflanze. 1884 erkannte der Wiener Arzt Dr. Carl Koller die Möglichkeit, eine »lokale Betäubung« mit Kokain zu erreichen. Während die Eingeborenen Perus nach wie vor den Hunger durch das Kauen der Kokablätter zu vertreiben suchen — sie kommen mit Hilfe dieses Rauschgiftes, selbst bei schwerer Arbeit, mit der Hälfte der Nahrung aus —, hat sich seit dem Jahre 1890 der reine Kokainismus aus Genußsucht in Europa breit gemacht. In Paris bildeten sich 1910 Kokainisten-Zirkel, und nach dem 1. Weltkrieg stieg dieses Laster weiter erheblich an. Wenn auch der Kokainismus in der Regel wegen des hohen Kokain-Preises nur bei begüterten Menschen anzutreffen war, so erschien doch eine energische Bekämpfung dringend geboten. Das in Amerika aufgekommene Kokain-Schnupfen wurde zur beliebtesten Anwendungsart des Giftes, das jedoch in Deutschland infolge der strengen Durchführung der Rauschgiftgesetze fast völlig verschwunden ist. Der illegale Rauschgifthandel mit Kokain ist heute auf den 2. oder 3. Platz abgesunken.

Betel

Es soll nun noch kurz auf das Betelkauen eingegangen werden, das in großen Teilen des Erdballes üblich ist. Dieser Brauch kann mehr als 2000 Jahre zurück nachgewiesen werden. Der »Betelbissen«, eine Mischung aus der Nuß der Arekapalme, dem Blatt des Betelpfeffers und etwas Kalk, wurde für die Völker der östlichen Erdhälfte bisweilen sogar als gesundheitsfördernd bezeichnet. Dieser Ansicht wird jedoch von anderer Seite heftig widersprochen.

Im Mahawánso, der ältesten Geschichtsurkunde Ceylons, wird das Betelblatt schon vor $2^1/_2$ Jahrtausenden als das Geschenk einer Prinzessin an ihren Geliebten erwähnt, und der Siamese oder der Singhalese würde eher auf die Voraussetzung seiner Existenz, den Reis, verzichten, als dem »Betelbissen« entsagen. Als Zeichen des vornehmen Mannes galt es, recht zerstörte Zähne — eine Folge des Betelkauens — zu haben; denn es gehört viel Reichtum dazu, so viel Betel zu kauen, daß sich Zahnstein in erheblichem Ausmaß ansetzt. Das Alkaloid Arekolin nimmt dem Betelkauer das Hunger- und Durstgefühl und schenkt ihm Sammlung und Wohlbehagen. Vom Indus bis zum Jang-tse-kiang und von Sansibar bis zu den Philippinen ist der Genuß des »Betelbissens« verbreitet. Die Zahl der Menschen, die in diesem ungeheuren Raume zu den Betelkauern gehören, wird auf rund 200 Millionen geschätzt. Im birmanischen Volksmund heißt es: Man müsse zunächst das Betelkauen lernen, wenn man ordentlich birmanisch sprechen wolle. Tagalische Mädchen werteten es als Gradmesser für die Echtheit der Gefühle ihrer Liebhaber, wenn diese in ihrer Gesellschaft den »Betelbissen« aus dem Munde nahmen. Die Hingebung an das Kauen war nämlich so groß, daß viele den »Betelbissen« auch im Schlafe bei sich behielten.

Es kann gesagt werden, daß es Betelsüchtige in allen Rassen, in allen Religionen und allen Bevölkerungsschichten gibt und daß auch eine nicht geringe Anzahl Europäer dem Betelkauen verfallen ist.

Im folgenden soll noch von einigen, vor allem südamerikanischen Rauschgiften gesprochen werden, deren Gebrauch zum großen Teil ebenfalls schon in weit zurückliegenden Zeiten nachweisbar ist.

Der im Norden Mexikos wachsende graue dornenlose Kaktus Anhalonium Lewinii enthält u. a. Mescalin, auf dem seine Rauschgiftwirkung beruht. Der Peyote oder Peyotl wird von den alten Geschichtsschreibern Mexikos »teuflische Wurzel« genannt. Molina übersetzte 1571 das aztekische Wort Peyotl als »Seidengespinst oder Raupenkokon«. Sahagún beschreibt Peyotl folgendermaßen: »Tuna de Tierra (Erdkaktus) macht Visionen, er gibt Kraft, läßt keine Furcht aufkommen, keinen Durst. Bewahrt den Körper vor aller Gefahr. Die Chichimeca-Indianer, die kriegerischen Jägervölker im Norden und Westen Mexikos, haben große Kenntnis von der Wirkungsweise der Pflanzen und Wurzeln. Sie entdeckten eine Wurzel, genannt Peyotl, die sie an Stelle von Wein zur Berauschung gebrauchten. Die, die sie essen oder ein daraus bereitetes Getränk zu sich nehmen, sehen lächerliche oder auch mitunter schreckhafte Dinge. Der Rausch dauert 2 bis 3 Tage und verschwindet dann ohne Folgen . . . Die Chichimecas essen diesen Kaktus gewohnheitsmäßig und glauben, daß er sie vor aller Gefahr schützt . . .« Im Zuge der Christianisierung nach der Eroberung Mexikos wurde der Gebrauch des Peyotl verboten — nicht etwa, weil es sich um ein Rauschgift handelte, sondern weil er nach dem Volksglauben der primitiven Indianer als Zaubermittel angesehen wurde, um mit den göttlichen Mächten, d. h. den alten Göttern, in Verbindung zu kommen. Ein besonderes Ritual war an seine Anwendung geknüpft. Gegenwärtig ist der Peyotl-Gebrauch als Berauschungsmittel bei den Indios in Mexiko kaum mehr üblich. Die Hauptursache hierfür dürfte neben der durch Jahrhunderte von Seiten der Kirche gepredigten Verurteilung als gefährlicher Zauber darin zu sehen sein, daß der heute leicht und billig erhältliche Alkohol angenehmer und schneller wirkt. Nur in entlegenen Teilen des Landes finden wir auch noch gegenwärtig Peyotl-Getränke. Im Gegensatz zu seinem Ursprungsland ist Peyotl in den letzten Jahren in den Vereinigten Staaten von Nordamerika zu einem Moderauschgift geworden, das auch in Europa nicht mehr unbekannt ist. Der mittelste, scheibenförmig herausgeschnittene Teil des Kaktus wird getrocknet, in kleinere Stücke geschnitten und gekaut. Bis zum Jahre 1890 war der Peyotl-Genuß in den USA auf wenige Indianer-Reservationen beschränkt, verbreitete sich jedoch seit dieser Zeit ungeheuer, in den letzten Jahren auch unter Angehörigen der weißen Rasse. In der Reihe der Propagandisten dieses Rauschmittels befanden sich u. a. auch der amerikanische Gesundheitsfanatiker und »Reformmensch« Hemsley. Es bildeten sich richtige Gemeinden von Peyotl-Essern und in Oklahoma wurde 1911 sogar mit behördlichem Privileg eine »Peyotl-Kirche« als national-amerikanische Kirche errichtet. Bald erhoben sich aber in den USA warnende Stimmen gegen den Gebrauch des frei verkäuflichen Peyotl und Morten forderte 1929 die amerikanischen Behörden auf, das Mittel auf den Index der verbotenen Drogen zu setzen, da es tausendmal schädlicher sei als Alkohol.

Für ein gefährliches Genußmittel hält Prof. Dr. Hans Maier — Zürich — das in Peyotl enthaltene Alkaloid Mescalin. Übereinstimmend ist man in der Literatur der Ansicht, daß die Folgen des gewohnheitsmäßigen Peyotl-Genusses auf ein normales Gehirn zwar heute noch nicht eindeutig erkennbar seien, daß sie in irgendeiner Form jedoch nicht ausbleiben und die späteren Jahre in dieser Beziehung noch recht unangenehme Überraschungen bringen würden.

In diesem Zusammenhange wäre auch Ololiuqui zu erwähnen. Dieses aztekische Wort heißt »rund« und wurde als Name für den Samen einer mexikanischen Pflanze gebraucht, der ein Getränk ergibt, das die zapotekischen Indios in Oaxaca zum Gottesorakel und zur Wahrheitserforschung benutzten. Durch die Einnahme dieses Giftes wird eine Art hypnotischer Zustand erreicht.

Der spanische Arzt Dr. Francisco Hernandez beschreibt in seinem 1615 erschienenen Werk »Rerum medicarum Novae Hispaniae thesaurus« die Pflanze wie folgt: »Es gibt in Mexiko ein Kraut, das heißet Schlangenkraut, eine Schlingpflanze mit pfeilförmigen Blättern, die deshalb auch das Pfeilkraut genannt wird. Der Same dient der Medizin; zerrieben und getrunken mit Milch und Spanischem Pfeffer nimmt er die Schmerzen weg, heilt allerhand Störungen, Entzündungen und Geschwülste. Wenn die Priester der Indianer mit den Geistern der Verstorbenen in Verkehr treten wollen, genießen sie von diesem Samen, um sich sinnlos zu berauschen und sehen dann

tausende von Teufelsgestalten und Phantasmen um sich.« Nach dem Missionar Hernando Ruiz de Alarcón raubt der eingenommene Same des Teufelskrautes den Verstand. Die einfältigen Indios dagegen schrieben ihm Wunderkräfte zu. Sie befragten ihn wie ein Orakel nach der Zukunft, nach verlorenen oder gestohlenen Gegenständen. Sie glaubten, daß in dem Samen ein Dämon steckte.

Das Trinken von Ololiuqui hat sich in verschiedener Form bis auf den heutigen Tag erhalten, so insbesondere im Staate Oaxaca. Es führt nunmehr den Namen »Piule« und wird häufig mit dem zuvor erwähnten Peyotl verwechselt.

Wegen seiner berauschenden Eigenschaften ist der Nanácatl ebenfalls sehr geschätzt. Dieses aus dem Aztekischen stammende Wort bezeichnet einen Pilz, der u. a. auch Teonanácatl, d. h. der göttliche Nanácatl, genannt wird. Schon in alten Zeiten wurde er bei Festessen der reichen Mexikaner gereicht und Sahagún beschreibt seine berauschende und Visionen erzeugende Wirkung. In seinem Manual de Ministros sagt Jacinto de la Serna hinsichtlich der Nanácates, daß der Pilz berausche, alle Vernunft wegnehme und schließlich Traurigkeit errege. Von den Chichimeca-Indianern schreibt Sahagún, daß sie eine Pilzart, Nanácatl genannt, verwenden, um ein berauschendes Gebräu daraus herzustellen; daß sie sich damit betrinken, dann auf die Berge steigen und dort schreien, singen und tanzen. Am anderen Tage aber weinten sie unaufhörlich, um — wie sie meinten — mit diesen Tränen die Visionen, die sie hatten, aus den Augen zu waschen.

Bei dem trunken machenden Nanácatl dürfte es sich nicht um nur einen, genau bestimmbaren Pilz, sondern um eine ganze Reihe von Giftpilzen handeln, die berauschende Wirkung haben. Sicherlich ist auch die Gattung, zu der unser heimischer Fliegenpilz gehört, dabei vertreten. Die in kleinen Dosen berauschende Wirkung des Fliegenpilzes war den primitiven Völkern ebenso frühzeitig bekannt wie der Umstand, daß der Giftstoff im Harn unverändert ausgeschieden wird. So weiß man z. B. von den Kamtschadalen, daß sie den geschätzten, aber bei ihnen seltenen Pilz zu Serienberauschungen eigentümlicher Art benutzten. Reko schreibt hierzu: »Ein Eingeborener trinkt einen Auszug dieses Pilzes (in Wasser, Alkohol oder Milch) und berauscht sich daran. Neben ihm sitzt ein zweiter, mit einem Holzbecher in der Hand, bereit, die aus den Nieren des ersten sich ausscheidende Flüssigkeit im gegebenen Moment aufzufangen, zu trinken und sich dadurch ebenfalls in den Rauschzustand zu versetzen. Neben ihm wartet schon ein dritter, ebenfalls mit einem Becher in der Hand und mit derselben Absicht . . .« Noch heute wird in der Gegend bei Carrizal ein berauschender Pilztrank an Feststagen auf dem Markte verkauft, aber dieses Rauschmittel ist, wie viele andere dieser Art, die in Mexiko bis zur Gegenwart verwendet werden, vorwiegend von lokaler Bedeutung.

An dieser Stelle darf noch der rote Fliegenpilz Erwähnung finden, von dem man vermutet, daß die alten Bewohner des Nordens seine Verwendung als Rauschgift kannten und daß ihr »Berserker-Gang« (Rasereianfall) — Berserk = Bärenhäuter — ein Fliegenpilzrausch war. In Sibirien und Gebieten längs des Eismeeres ganz im Osten bis zur Behringstraße ist der Pilz eine sehr begehrte Seltenheit. Während der Winterzeit wird oft ein Rentier gegen einen Fliegenpilz eingehandelt.

Ebenfalls als Narkotikum wird das erotische Träume verursachende, in Mexiko vorkommende Toloachi bezeichnet. Es handelt sich um eine Giftpflanze, von der der lateinamerikanische Volksmund behauptet, daß ihr Genuß innerhalb kurzer Zeit irrsinnig mache. Einstmals spielte sie eine bedeutende Rolle bei den indianischen Zauberern und Wurzelhändlern. Die Berauschung durch Toloachi ist heute auch in Mexiko nur noch bei einigen eingeborenen-Indianerstämmen anzutreffen, die es aus traditionellen Gründen gebrauchen oder aber in den Kreisen Armer, denen die moderneren Ersatzmittel Alkohol und Tabak nicht ohne weiteres zugänglich sind.

Der Stachelmohn, aztekisch »Chicalote«, dessen Anbau in Mexiko im Gegensatz zu dem des Schlafmohns nicht verboten ist, wird wegen seines stark narkotisch wirkenden Samens von den in Mexiko lebenden Chinesen als Opiumersatz gebraucht. Die Chinesen fanden heraus, daß der Stachelmohn im tropischen Klima auf Feldern gezogen, auf denen sich nur einige wenige Schlafmohnexemplare befinden, sich mit diesen leicht vermischt und schließlich Kapseln hervorbringt, aus denen sich im unreifen Zustand ein Produkt gleicher Wirkung wie Opium bereiten läßt. Die Chinesen erzeugen das »Chicalote-Opium« in Mexiko für ihren Hausgebrauch und formen daraus die sogenannten »Chicalote-tamales«, kleine Brote, etwa in der Größe und Form unserer Brötchen. Auch fertigen sie Zigaretten aus Tabak und Opiumstaub, die sie an Durchreisende verkaufen. Von großer Bedeutung ist auch dieses Rauschgift nicht.

Ayahuasca, der Quichoasprache entnommen, kommt in den Urwäldern Nordbrasiliens, in Venezuela und Nord-Kolumbien vor und wird von den Eingeborenen zu Berauschungszwecken verwendet. Es wird aus Riesenschlingpflanzen, aus gewissen Banisteria-Arten, gewonnen. Wie bei vielen anderen dieser südamerikanischen Rauschgifte glauben die Eingeborenen auch in diesem Falle, daß man durch den aus der Pflanze bereiteten Extrakt mit den Geistern der Verstorbenen verkehren könne. Zahlreiche indianische Stämme berauschen sich mit Ayahuasca, um sich in einen Zustand zu versetzen, von dem sie prophetische Gaben erhoffen. So trinkt es der Zaparo-Zauberer regelmäßig vor jedem Krankenbesuch, da er glaubt, die Naturgeister erleuchteten ihn und flüsterten ihm die richtige Behandlungsweise und den Namen der richtigen Medizin zu. Die Indios nennen diesen Zaubertrank »Yagé«. Über die Pflanze selbst, die ebenso wie ihr Gebrauch zu Berauschungen und zu allerhand Zaubereien bei den Indios seit Jahrhunderten bekannt ist, liegen nur wenig neuere Nachrichten vor. Auch nach Europa kam der Yagé als »Prophetenpflanze«, doch gelangte die Anwendung dieses Rauschmittels nie zu einer nennenswerten Bedeutung.

Die von den Indianern in Mexiko benutzten Colorines (rote Bohnen) erinnern in ihrer Wirkung an Nikotin. In kleineren Dosen rufen sie einen leichten Rausch hervor, der in der Regel von heiterer Art ist. Ihre Anwendungsgebiete liegen neben Mexiko vor allem in Texas und den spanisch sprechenden Teilen der USA.

Die Indianer-Weiber wußten mit der richtigen Dosierung dieser Bohnen besonders gut umzugehen. Ihnen war bekannt, daß bei geringen Mengen nur erotische Reizzustände und keine üblen Begleiterscheinungen hervorgerufen wurden; zur Erreichung erotischer Rauschzustände wurden sie — auch stärker dosiert — ausschließlich von Frauen benutzt. Fest steht, daß der Genuß einer nur kleinen Menge dieser Bohnen schon eine außerordentliche Erhöhung des Blutdruckes herbeiführt, während größere Mengen häufig erhebliche Vergiftungserscheinungen und auch Todesfälle zur Folge haben.

In den Hafenstädten Chinas verwandte man schon seit langem rote Bohnen einer Sophora-Art als rauschverstärkenden Zusatz zu Alkohol.

Die Inselwelt des Stillen Ozeans kennt seit undenklichen Zeiten das Kava-Getränk als den bedeutendsten Rauschtrank. Es wird aus einer besonderen Art der Pfefferpflanzenfamilie, dem Rauschpfeffer, gewonnen und von den Eingeborenen Kava-Kava oder Ava genannt. Bei festlichen Gelegenheiten wird es auf den Südseeinseln genau so genossen, wie es die Medizinmänner zur Ausübung ihrer Künste verwenden. Suchterscheinungen stellten sich nicht nur bei den Eingeborenen, sondern auch in sozial tiefer stehenden Kreisen von Weißen ein.

Abschließend soll noch kurz auf den zu den sogenannten »Weckaminen« gehörenden Benjamin unter den Rauschgiften, das Benzedrin, eingegangen werden. Im Jahre 1887 von Edeleano erstmals hergestellt, wurde seine pharmakologische Wirkung jedoch erst im Jahre 1910 durch die beiden englischen Physiologen Barger und Dale entdeckt. Benzedrin hat auf die meisten Menschen eine erregende Wirkung bei gleichzeitigem Fortfall des Schlafbedürfnisses, des Müdigkeitsgefühls. Die Hemmungen werden vermindert, und bei einer beschleunigten, aber flüchtigeren Denkfähigkeit ist der Betreffende bester Laune. Größere Dosen sind gefährlich. Das dem Benzedrin chemisch nahestehende Pervitin hat eine ähnlich starke Wirkung.

Erhebliche Anwendung erfahren solche Mittel vor allem im Krieg. Wenn man in früheren Zeiten den Soldaten zur Stärkung ihres Mutes und zur Entfaltung der rohen Kraft Alkohol gab, so wäre dieses Mittel im Zeitalter der mechanisierten Kriegführung ungeeignet. Trotz Ermüdung muß im modernen Krieg viel Präzisionsarbeit geleistet werden, und daher ist es zu erklären, daß vorwiegend in der Luftwaffe Benzedrin bzw. Pervitin gegeben wurde. Aber auch bei anderen Verbänden kam es auf breiter Basis bei allen Nationen zur Anwendung und führte dadurch in den letzten zehn Jahren in vielen Fällen zu einer Sucht.

Mit diesen Ausführungen sollte versucht werden, an dem Beispiel einiger wesentlicher oder interessanter Rauschgifte, die die Menschheit kennt, aufzuzeigen, daß ihr Gebrauch bis in die Zeiten primitivster und niedrigster Kulturstufen zurückreicht, daß ihr Mißbrauch jedoch aus

zunächst unbedeutenden Anfängen mit fortschreitender Zivilisation einen ungeheuren Aufschwung nahm, begünstigt durch die Gewissenlosigkeit geldgieriger und skrupelloser Geschäftemacher. Die Erläuterung der in den verschiedenen Zeitabschnitten geübten Bekämpfungsmethoden des Rauschgiftmißbrauchs sollte erhellen, daß eine wirksame Unterbindung nur durch eine gut organisierte internationale Zusammenarbeit zu erreichen ist, die sich gegen die illegale Produktion und den illegalen Rauschgift-Handel und -Schmuggel mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln richtet. Wenn auch unsere Kenntnis darüber, wieviele Menschen dem Rauschgift verfallen sind, relativ unvollständig ist, so sprechen doch folgende Zahlen eine beredte Sprache:

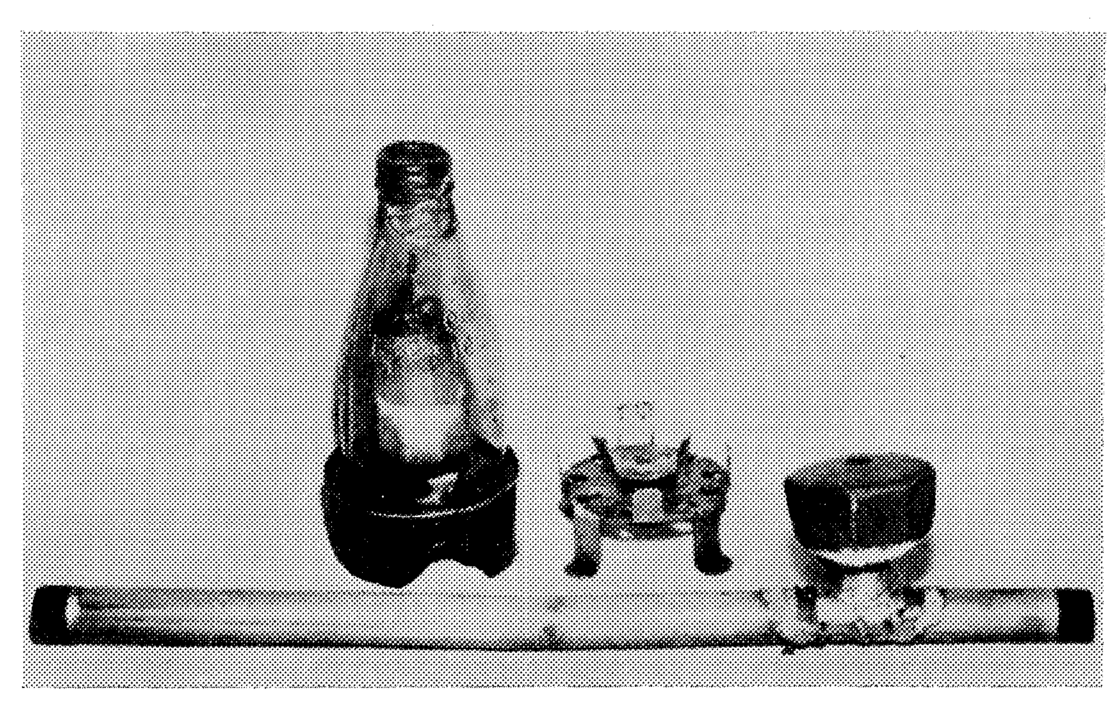
In China waren im Jahre 1936 3½ Millionen Menschen, die dem Opiumrauchen frönten, registriert. Hierzu dürfte naturgemäß noch eine sehr hohe Dunkelziffer kommen. In Indien schätzte man 1931 die Gesamtzahl der Kokainisten auf ½ bis 1 Million. In Ägypten kamen 1930 etwa ½ Million Rauschgiftsüchtiger auf eine Bevölkerung von 14 Millionen, darunter nach einer offiziellen Statistik 7500 Heroinisten. In Deutschland weisen die Statistiken dieser Zeit ebenfalls hohe Zahlen aus. Seit der Verkündung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. 12. 1929 mit seinen bis zum Jahre 1934 datierenden Veränderungen wurde zwar die Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches wesentlich gefördert, doch brachte der zweite Weltkrieg mit seinen Schäden für alle europäischen Völker wieder ein Ansteigen der Rauschgiftsucht und einen beträchtlichen Rückgang der schon erreichten Erfolge. So wurden z. B. in Deutschland, nach dem Zusammenbruch der Wehrmacht, große Vorräte von Betäubungsmitteln aus Wehrmachtsbeständen beiseite geschafft, von denen sich Teile noch lange im Schwarzhandel befunden haben. Die neueste Entwicklung zeigt wieder einen leichten Anstieg der Rauschgiftsucht, so daß die Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauchs ein ernstes Problem bleibt, dessen sich alle fachlich interessierten Kreise, insbesondere Justiz, Ärzteschaft, Apothekerschaft, Verwaltungsbehörden und Kriminalpolizei mit allem Nachdruck annehmen müssen. Der illegale Rauschgifthandel als wesentlichster Faktor wird darüber hinaus für alle Zukunft ein Weltproblem bleiben, das nur auf internationaler Basis gelöst werden kann.

Wenn der französische Dichter Charles Baudelaire (1821 bis 1867) in seinem 1861 aus dem Englischen übertragenen Werk »Les paradis artificiels« — »Die künstlichen Paradiese« — sagt: »Gäbe es eine Regierung, die den Untergang ihrer Untertanen beabsichtigte: sie müßte nur zum Haschischgebrauch ermutigen«, so kann man ohne Übertreibung weitergehen und sagen, daß eine Regierung schon dann ein Volk schwersten Gefahren aussetzt, wenn sie nicht alles tut, um den Rauschgiftmißbrauch zu unterbinden oder wenigstens auf ein unvermeidbares Mindestmaß zu beschränken.

Literatur

Anslinger, H. J. und Tompkins, William F.:	The Traffic in narcotics, Verlag Funk & Wagnalls Company New York, 1953
Brünngraber, Rudolf:	Heroin, Rowohlt Verlag GmbH. Hamburg, 1952
Graupner, Heinz:	Dämon Rausch, Paul List Verlag München, 1953
Merrill, Frederick T.:	Marihuana — die neue gefährliche Droge, Opium Research Committee Foreign Policy Association, Mai 1941
Møller, Knud O.:	Rauschgifte und Genußmittel, Benno Schwabe & Co. Verlag Basel, 1951
Reko, Victor A.:	Magische Gifte, 3. Aufl. 1949, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1938
Römpp, Hermann:	Chemische Zaubertränke, Franckh'sche Verlagshandlung Stuttgart, 1950
Wissler, Albert:	Die Opiumfrage, Verlag Gustav Fischer Jena, 1931
Bundesarchiv:	Archivalien der Justiz- und Inneren Verwaltung





Opium-Rauchapparat
Lampe, Lampenständer und Pfeife; im Januar 1946 in London beschlagnahmt. Die Herstellung erfolgte aus irgendwelchem verfügbaren Material, jedoch nach dem traditionellen Muster.



Haschisch
Das Harz aus den Spitzen und Blüten der weiblichen Pflanze des indischen Hanfes wird von den Zweigen geschlagen und zu Tafeln (sog. »Turbas«) geformt. Es ist hart, leicht klebrig und von heller goldbrauner Farbe.
Diese in Leinen verpackten Turbas wurden 1938 in Ägypten beschlagnahmt.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Chemie und Pharmakologie der Rauschgifte und Betäubungsmittel

Dr. H. Schreiber, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Wenn auf einer Arbeitstagung über Bekämpfung von Rauschgiftdelikten, die in ihrer Vortragsfolge Juristen, Mediziner, Pharmazeuten und Kriminalisten zu Worte kommen läßt, einiges über Chemie und Pharmakologie der Rauschgifte und Betäubungsmittel gesagt werden soll, so sind für diesen Einzelvortrag die Substanz und ihre Wirkung in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt.

Betonen wir aber die Sucht als eine der Folgen der Rauschgifteinwirkung, so sind die gleichen Beziehungen gegeben. Dies wird uns von Lendle bestätigt, der von der Pharmakologie her die Feststellung trifft, daß bei aller Suchtbereitschaft nur stofflich geeignete Suchtmittel eine echte Sucht mit all ihren körperlichen Verfallserscheinungen auslösen können.

Die Gründung des ersten pharmakologischen Universitätsinstitutes durch Schmiedeberg in Gießen, durch die die Pharmakologie als selbständige Disziplin aus der Physiologie gelöst wurde und die in der gleichen Stadt durch die Harnstoffsynthesen von Wöhler (1828) und Liebig bewiesene prinzipielle Unterschiedslosigkeit von anorganischer und organischer Chemie, könnten einleitend ebenso erwähnt werden, wie der um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts stürmisch einsetzende Aufschwung der Chemie, der zwangsläufig eine Wissenschaft erforderte, die Methoden und Erzeugnisse der Chemie für den Arzt nutzbar machen konnte und die in der Lage war, Wert und Eigenschaften eines Heilmittels mit dem Organismus zu untersuchen (Straub).

Für Chemie und Pharmakologie ist es das gegebene, von Erörterungen auszugehen, die die chemische Konstitution einer Verbindung, sei es Heilmittel, Gift, Narkotikum oder eine harmlose Substanz, in Beziehung setzen zur pharmakologischen Wirkung.

Sollen unter Chemie die Zusammensetzung einer Verbindung, der strukturelle Aufbau, das Vorkommen, die Isolierung aus der Pflanze oder die synthetische Herstellung wie auch der analytische Nachweis, die Beständigkeit und Reaktionsfähigkeit und unter Pharmakologie die auf Grund des Tierversuchs gefundenen Wirkungen und Angaben über Angriffspunkte im Organismus, über Abbau und Ausscheidung sowie Hinweise auf die Anwendungsform solcher Mittel oder Daten zur schädigenden und tödlichen Menge verstanden werden, so bleibt als letztes nur die Auswahl der Stoffe und Körperklassen, die als Rauschgifte bezeichnet werden müssen.

Diese Abhandlung hat aber die gleichen Fragen im Rahmen eines übergeordneten Zieles zu erörtern. Es muß deshalb auch nach einem Ausgangspunkt gesucht werden, der dieser Zielvorstellung gerecht wird.

Die angedeuteten Beziehungen sind leicht zu finden, wenn der Begriff Kriminalität oder kriminelles Geschehen dem Tatbestand der Rauschgiftsucht gegenübergestellt und das Wort Rauschgiftsucht in seine Komponenten unterteilt wird: Gift, Rausch und Sucht.

Wir erkennen, daß diese Entwicklungskomponenten nicht nur für das Thema Chemie und Pharmakologie der Rauschgifte, sondern als Orientierung auch für die Psychiatrie, die gerichtliche Medizin, die Rechtswissenschaft, die Ermittlungsbehörde und die Strafjustiz in Betracht kommen. Die wechselseitigen Beziehungen von Gift, Rausch und Sucht zu- und untereinander ergeben sich von selbst.

Wir wollen versuchen, diese Punkte in ein einheitliches Schema zu bringen. Es wird sich dann zeigen, daß alle Einzelprobleme — und damit auch die Grundprobleme — in der Senkrechten, der Diagonalen und durch den Kreis miteinander verbunden sind.

Was sind also Rauschgifte und Betäubungsmittel?

Da die Sucht Veranlassung dazu gegeben hat, daß die Betäubungsmittel in dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 10. 12. 1929, dem Opiumgesetz (mit seinen Vorschriften über Abgabe, Rezeptzwang, Verbrauchskontrolle u. a.), zusammengefaßt wurden, sei eine pharmakologische Begriffsbestimmung und Stoffeinteilung vorangesetzt: Betäubungsmittel sind Stoffe, die eine Lähmung des Zentralnervensystems herbeiführen bei verschiedenen Angriffspunkten, so daß als wesentliche Folge das Bewußtsein aufgehoben wird und das Schmerzempfinden schwindet.

Nach dem Grade der allgemeinen Wirkung von Betäubungsmitteln unterscheiden wir: Narkotika, Hypnotika und Sedativa.

Narkotika bewirken eine reversible Lähmung, in der das Bewußtsein und das Schmerzempfinden so ausgeschaltet sind, daß beide durch starke äußere Eingriffe nicht aufgehoben werden können.

Hypnotika oder Schlafmittel sind solche, die einen Schlaf bewirken, der durch äußere Einflüsse störbar ist.

Sedativa sind milde Beruhigungsmittel.

Nach den allgemeinen Bedingungen einer Giftwirkung bestimmt auch hier die Dosis, ob ein Mittel als Narkotikum, als Hypnotikum oder Sedativum anzusehen ist. Eine absolute Trennung ist daher nur aus der Definition, nicht aber aus den Bedingungen der Praxis und Anwendung gegeben.

Wo der Narkosezweck für eine Operation oder die milde Wirkung von Bromsalzen und Baldrian-Präparaten in den Hintergrund tritt, der Schmerz als solcher zu bekämpfen ist und das Empfindungsvermögen gedämpft werden soll, können wir die Betäubungsmittel auch in die Gruppe der Analgetika und der Lokalanaesthetika einreihen.

Aus der Gegebenheit, daß viele hier zu besprechende Stoffe gleichzeitig aber eine erregende Wirkung auslösen und andere mit der Erscheinung der Euphorie einhergehen, ist es zu erklären, daß der gleiche Stoff als Sucht- und Betäubungsmittel im Sinne des Gesetzes oder als Analgetikum im Sinne der Heilwirkung bezeichnet wird. Die beabsichtigte und eingetretene Wirkung ist für die Zuordnung im Sinne des Gesetzes maßgeblich, und eine Systematik aller Rausch- und Betäubungsmittel unter dem Gesichtspunkt der Schmerzbekämpfung reicht nicht aus, weil beispielsweise Antipyretika, wie Salizylsäure u. a., gleichzeitig auch Analgetika sind.

Die eingangs gestellte Frage: »Was sind Rauschgifte und Betäubungsmittel« soll daher mit der Unterteilung von Lewin beantwortet werden, die weniger die therapeutische Wirkung, sondern vielmehr die willensmäßig bedingte Ausrichtung auf das zum Ausdruck bringt, was umfassend unter Genuß verstanden werden kann. So ist es möglich, neben Morphium und synthetischen Schlafmitteln auch Nikotin, Atropin und Koffein zu klassifizieren, also Stoffe, die von Amts wegen nicht unter das Opiumgesetz fallen, aber sinngemäß Rausch-, Erregungs- und Betäubungsmittel sind.

Lewin ordnet und charakterisiert die Materie, die er im ganzen Phantastika nennt, wie folgt:

1. Euphorika, Seelenberuhigungsmittel

Das sind Stoffe, die das Gefühls- und Empfindungsleben im weitesten Sinne des Begriffes und in irgendeinem Umfange mit erhaltenem, teilweise oder ganz geschwundenem Bewußtsein mindern bzw. aufheben und in ihm seelisches und körperliches Behagen, auch mit Freisein von Affekten, bewirken. In diese Reihe gehören Opium und seine Inhaltsstoffe Morphin, Kodein usw. sowie Kokain.

2. Phantastika, Sinnestäuschungsmittel

Diese Gruppe umfaßt in ihrem chemischen Bau weit auseinanderstehende Stoffreihen, pflanzliche Stoffe, die als eigentliche Phantastica zu bezeichnen sind. Ihre Vertreter, wie Anhalonium Lewinii, Cannabis indica und die tropeinhaltigen Pflanzen, rufen deutliche Halluzinationen, auch in Gestalt von Sinnestäuschungen, Illusionen und Visionen erkennbare Gehirnerregung hervor, die von Bewußtseinsstörungen und anderen Ausfallssymptomen von Gehirnfunktionen begleitet oder gefolgt sein können.

3. Inebriantia, Berauschungsmittel

Hierunter sind synthetisierbare Stoffe, wie Alkohol, Chloroform, Äther, Benzin, zu verstehen, die nach einer primären Erregung von Gehirnzentren eine Erregbarkeitsabnahme, evtl. bis zum zeitlichen Versagen derselben, verursachen.

4. Hypnotika, Schlafmittel

5. Exzitantia, Erregungsmittel

Hier handelt es sich um Genußmittel aus dem Pflanzenreich, die in der Regel eine mehr oder minder in Erscheinung tretende bzw. subjektiv empfundene Erregung des Gehirns ohne Bewußtseinsstörung hervorrufen (z. B. koffeinhaltige Stoffe, Catha, Tabak, Cola, Betel u. a. m.).

So bleibt uns nur noch, die reinen Syntheseprodukte der Chemie, wie Dromoran, Dolantin, Pervitin u. a., dieser Systematik zuzuordnen und darauf hinzuweisen, daß wir in einem Fall von Gift, im anderen von Mittel sprechen.

Die Wirkung der Substanz ist pharmakologisch definierbar. Die Begriffe Rausch und Sucht aber können in ihrer vielfachen Erscheinung — weil sie den Menschen selbst als Objekt bedingen — nur durch die Psychiatrie erklärt werden. Die Beobachtungen der Klinik sind für das Bild und die Therapie der Sucht entscheidender als der Tierversuch.

Immer aber werden die Teilwissenschaften der Medizin zusammen mit den durch Menschen empirisch gefundenen Grundwirkungen von Rausch- und Suchtgiften am ehesten in der Lage sein, zu sagen, warum wir einmal von Betäubungsmitteln, zum anderen von Rauschgiften reden. Mittel deutet auf Heilung, Verhütung und Bekämpfung, Gift auf Schädigung, Zerrüttung und Zerstörung. Wo wir aber Genußmittel meinen, wie Koffein, Nikotin und Alkohol, ist die Eingruppierung am problematischsten; denn Genuß ist nicht nur der naturbedingte Zwang reiner Nahrungsaufnahme.

In Gegenüberstellung zur Pharmakologie würde der Chemiker sagen: Betäubungsmittel und Rauschgifte sind Substanzen, die als pflanzliche Wirkstoffe, vor allem als Alkaloide, in der Natur vorkommen, die als halbsynthetische Produkte aus Pflanzenextrakten als Ausgangsmaterial hergestellt werden und die als rein synthetische Erzeugnisse nach pharmakologischen Erkenntnissen aus dem Tierversuch in die Therapie des Klinikers und Arztes eingeführt werden. Er würde sie einreihen in die Gruppe der Piperidin- und Pyridinabkömmlinge, der Phenanthrene und Alkohole u. a., und aus der Strukturformel die genetische Verwandtschaft einzelner erklären sowie physikalisches Verhalten, Löslichkeit und chemisches Reaktionsvermögen im voraus erkennen.

Der Ersatz eines Wasserstoffatoms in der Methylgruppe des giftigen Methylalkohols durch eine weitere Methylgruppe führt zum Äthylalkohol, also dem Wirkstoff aller alkoholischen Getränke; die Methylierung der phenolischen Hydroxylgruppe des Morphins führt zum Kodein. Eine unbedeutende Molekülveränderung hebt die unerwünschten Wirkungen des Morphins auf Atemzentrum und Darm auf und läßt ein Medikament synthetisieren mit spezifischer Wirkung auf das Hustenzentrum ohne Gefahr der Sucht. So ist Kodein rezeptpflichtig, fällt unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes, nicht aber unter die Verschreibungsverordnung.

Oxydation der Alkoholgruppe des Morphins und Hydrierung im gleichen Kern führen zum Dihydrocodeinon (Dicodid), das in seiner pharmakologischen Wirkung das Kodein um ein Fünffaches übertrifft.

Schaumann legt der Rausch- und Suchtwirkung des synthetischen Dolantins in chemischer Analogie zu Morphin die 1-Methyl-4-Phenylpiperidingruppe zugrunde; die Entwicklung der Chemotherapeutika und Pflanzenschutzmittel stellt die Wirkung als Funktion der Struktur immer mehr in den Vordergrund, z. B. die Para-Stellung der Sulfamidgruppe zur Aminogruppe im Aminobenzolsulfonamid, die Anordnung der Atome Schwefel-Phosphor zur Nitrophenolkomponente im Katalysatorgift E 605, die Stellung der wirksamen Dichlordiphenylgruppe des DDT zum Trichlormethanrest als Lipoidlösungsvermittler für das ganze Molekül.

Noch viele Beispiele könnten zeigen, daß die Chemie immer wieder versucht ist, bei jedem neuen synthetischen Stoff, der pharmakologische Grundwirkungen zeigt — die sich in ein Wirkstoffsystem einordnen lassen —, die Struktur eines Schulbeispiels zur Struktur der neuen Verbindung vergleichend zu diskutieren.

Die Parallele analytisch gleichen Verhaltens bei gleichen Stammkörpern liegt zu nahe, aber die nur pharmakologisch erfaßbare Wirkungsänderung bei geringer Molekülverschiebung wird von der Chemie oft außer acht gelassen oder nur unter Zwang gedeutet. Wollte man weiter nach chemischen Angriffspunkten im Gewebestoffwechsel des Zentralnervensystems (ZNS) suchen und auf den Nachweis amerikanischer Forscher (Quastel) hinweisen, daß Narkotika den Kohlenhydratstoffwechsel im Nervengewebe beeinflussen, insbesondere die Glukoseoxydation herab-

setzen, die Wirkung also nicht primär wäre, dann müßte ebenso erwähnt werden, daß Morphin dies eben nicht tut und Dolantin erst in hohen Konzentrationen (Eliots, Watts, zit. n. Lendle).

Aber die Richtung der Zusammenarbeit von Pharmakologie und Chemie ist um so eindeutiger festgelegt und wir wissen auch, daß nicht die definierte chemische Substanz allein, sondern auch die Art der Zubereitung und damit die vorhandenen Begleitstoffe das Wirkungsbild vieldeutig verändern. Der Alkoholrausch in allen Variationen — vor allem in der subjektiven Empfindung — ist abhängig von der Art des genossenen Getränkes: Bier, Wein oder Branntwein. Aus Koffein und geröstetem Malz ist noch kein Mokka herzustellen. Die Auslösung der Euphorie des Opiumgenusses variiert ebenso nach Anwendung des Rauschgiftes, wie nach seiner präparativen Behandlung.

Nach Buchheim hat die Pharmakologie die Frage zu stellen: Wo greift die Substanz im Organismus an und wie sind ihre Wirkungen. Bedingungen über die Zusammensetzung des Pharmakons sind nicht gestellt, und die Ergebnisse des Tierversuches geben der Chemie den Auftrag, strukturbedingte Änderungen der Materie — des Moleküls — in bewußter Synthese durchzuführen, Gemische zu trennen und Wirkstoffe als Reinsubstanz zu isolieren. Wenn aber Wirkstoffe der Droge heute schon weitgehend durch synthetische Mittel ersetzt werden — wir denken wieder an Morphin und Dolantin —, so kann eine Differenzierung von Rausch-, Betäubungs- und Genußmitteln darin gesehen werden, daß die Bereitung der Genußmittel — wie Kaffee und Tabak — der Pflanze vorbehalten bleiben, die Heilmittel der Synthese und der Pflanze.

Wir sprachen eingangs von der Teilung des Wortes Rauschgiftsucht in Rausch, Gift und Sucht. Wenn wir nur von dem Wort Gift ausgehen, so kann die Parallele zur Wortfassung und -erklärung des § 229 StGB (Vergiftung) — der auch keine Definition des Wortes im absoluten Sinne gibt, sondern stellvertretend die Wirkung zur Erklärung heranzieht — auch für Rauschgifte und Betäubungsmittel hervorgehoben und betont werden:

Es sind Stoffe, die auf Grund chemischer und physikalischer Wirkung in der Lage sind, im lebenden Organismus eine Betäubung oder einen Rauschzustand hervorzubringen, die den Betroffenen zeitweilig — nun wieder in medizinischem Sinne — erregen oder lähmen. Dabei entscheidet der Angriffspunkt im Organismus, ob Lähmung, Schwinden des Schmerzes, Schlaf oder örtliche Betäubung bedeutet und ob unter Erregung Euphorie, Enthemmung, Verlangen, Suchtbildung und Suchtentwicklung zu verstehen ist.

In Analogie zum Giftparagraphen des Strafgesetzbuches kann der Gesetzgeber also einfach formulieren: Auf Grund pharmakologischer Versuche im Tierversuch, klinisch nachweisbarer Wirkungen am Menschen und auf Grund psychiatrischer Erfahrung sind Stoffe wie Morphin, Kokain, Pervitin u. a. Rauschgifte und Betäubungsmittel. Er ist durch die Festlegung der Namen dieser Stoffe jeder weiteren Begründung enthoben und hat so die Möglichkeit, die Liste der Substanzen zum Opiumgesetz jederzeit ohne zusätzliche Begründung zu erweitern. Für den Gesetzgeber ist lediglich die Aussage des Arztes maßgeblich.

So betrachtet ist eine negative Antwort auch eine positive und man könnte ergänzen: Rauschgifte und Betäubungsmittel sind chemische Substanzen, die als Heilmittel durch andere ersetzt werden können oder müssen, die als Heilmittel nur in die Hand des Arztes gehören — im Gegensatz zu frei verkäuflichen Schmerzdämpfungsmitteln — und die als Suchtmittel von Gesetzes wegen in Anwendung, Herstellung und Verkehr zu kontrollieren sind.

Bedarf es also überhaupt einer Erklärung, was Rauschgifte und Betäubungsmittel sind, da doch jeder weiß, warum Morphium und Kokain unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes gestellt sind und Koffein, Nikotin und Alkohol nicht? Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, daß nicht die analgesierenden Gruppen im Molekül solcher Verbindungen den Ausschlag geben, sondern die euphorisierenden, die gekoppelt mit Begriff und Erscheinung der Gewöhnung mit dem Tatbestand der Sucht verbunden sind — einer Sucht, die erfahrungsgemäß die Betroffenen ins Asoziale und ins Kriminelle abgleiten läßt; ins Kriminelle und in die Vielzahl abgestufter Delikte: Rezeptfälschung, Betrug, Diebstahl, Schmuggel bis zu Selbstmord oder Mord.

Wir haben uns jetzt des oben formulierten Satzes zu erinnern, der lautet: »Damit sind Substanz und Wirkung in den Mittelpunkt gestellt.« . . . und müßten nunmehr hinzufügen: »Die Begrenzung der Ausführungen ist dort gegeben, wo die Besprechung von Einzelfragen und Tatsachen die Einordnung in den Rahmen der Vorträge der ganzen Tagung überschreiten würde«.

Was wir zur Pharmakologie, zur Chemie und zur rechtlichen Beurteilung der Rausch- und Betäubungsmittel ausgeführt haben, wird in irgendeiner Form — direkt oder umschreibend — unter jeder Betrachtungsweise angedeutet oder wiederholt werden müssen. Lassen sich aber Parallelen aufzeigen in der Gegenüberstellung von Substanz und Wirkung und sind gleichzeitig Wirkungen definierter Einzelsubstanz im Substanzgemisch abschwächbar und sogar umkehrbar, so bleibt für spezielle Angaben zur Pharmakologie und Chemie der Rauschgifte und Betäubungsmittel nur der Weg des Gesetzgebers: Die Aufzählung und Namensnennung, die Besprechung von Substanz und Wirkung am Einzelbeispiel.

Danach ist es, ohne zu einer systematischen Einordnung gezwungen zu sein, bedeutungslos, ob Morphin als solches oder im Opiumalkaloidgemisch vorliegt. Es ist auch möglich, die eingangs erwähnten Angaben zur Chemie und Pharmakologie dieser Stoffe, wie Isolierung, Nachweis, Isomerieerscheinung, Anwendungsformen, Ausscheidung und Angriffspunkt im Organismus u. a., am Einzelbeispiel zu besprechen. Weiter ist es denkbar, die ausgewählten Stoffe unter einem einzigen Gesichtspunkt, beispielsweise der Herstellung und Gewinnung oder der chemischen Struktur, zu ordnen.

Opium

Rohopium ist der eingetrocknete Milchsaft, der aus unreifen Kapseln des Schlafmohnes (Papaver somniferum) gewonnen wird. Etwa drei Wochen nach Abfall der Blütenblätter werden die Früchte abends quer angeschnitten und der ausgetretene, eingedickte Saft morgens geerntet. Die Ausbeute pro Kapsel beträgt etwa 2 Zentigramm; ein Kilogramm Opium wird in 280 Arbeitsstunden gewonnen. Anhaftende Reste der Epidermis lassen die Herkunft des Opiums bestimmen.

Die Zusammensetzung des Rohopiums ist von klimatischen Bedingungen abhängig. Die Hauptanbauländer Mazedonien, Ägypten, Iran, Vorderindien und China liefern verschiedene Sorten. Durch komplizierte Fermentationsprozesse wird das Rohprodukt in Rauchopium verwandelt. Die Wirkung verschiedener Sorten ist unterschiedlich.

Die Droge Opium besteht aus etwa 25 Alkaloiden, gemischt mit pflanzlichen Ballaststoffen: Zucker, Harzen, Gummi- und Leimstoffen, mineralischen Zusätzen und Wasser. Wesentliche Bestandteile des Opiums sind Morphin (10 bis 12 %), Narkotin (4 bis 8 %), Kodein (0,2 bis 0,8 %), Papaverin (0,1 bis 1 %), Thebain (0,2 bis 0,5 %) und Mekonsäure.

Diese Säure, die wir als einzige mehrerer Opiumbegleiter nennen wollen, ermöglicht bei gleichzeitigem Morphinbefund den Nachweis, daß bei einer Vergiftung oder in einem Medikament Morphin im Opiumgemisch vorliegt und nicht als isoliertes Alkaloid.

In sprachlicher Analogie zu Opium sprechen wir im letzten Fall von Morphin, im ersten von Morphium. Mekonsäure ist leicht zu erkennen, sie gibt mit Eisenchlorid blutrote Färbung. Für medizinische Zwecke wird Opium auf einen verschiedenen Morphiumgehalt eingestellt. Das DAB 6 hat folgende Opiumpräparate aufgenommen, die zwangsläufig unter den Substanzen zum Opiumgesetz zu finden sind:

Opium pulveratum	mit		10	%	Morphium
Opium concentratum	„		48—50	%	„
Extractum Opii	„		20	%	„
Tinctura Opii crocata	„	ca.	1	%	„
„ „ simplex	„	„	1	%	„
„ „ benzoica	„		0,05	%	„
Pulvis Ipecacuanhae opiatus	„	„	10,00	%	op. pulv.

Synthetische Mischpräparate ohne die Ballaststoffe der Droge sind Pantopon und Laudanon.

Die molekulare Zusammensetzung der genannten Opiate zeigt nur geringfügige Unterschiede:

Morphin	$C_{17} H_{19} O_3 N$
Narkotin	$C_{22} H_{23} O_7 N$
Kodein	$C_{18} H_{21} O_3 N$
Papaverin	$C_{20} H_{21} O_4 N$
Thebain	$C_{19} H_{21} O_3 N$
Mekonsäure ...	$C_7 H_4 O_6$

Die Wirkung des Opiums entspricht annähernd der des Morphins; sie ist aber abgeschwächt und durch das Gesamtalkaloidgemisch zusätzlich verändert. So ist Thebain ein Krampfgift ohne therapeutische Bedeutung. Es dient als Rohstoff zur Herstellung von Acedicon und Eukodal. Opium wirkt beruhigend, schmerzstillend und schlafmachend; der Darm wird ruhig gestellt. Euphorie, Gewöhnung und Sucht führen zur chronischen Morphinvergiftung, zum Morphinismus.

Morphin und halbsynthetische Opiate

Das Hauptalkaloid des Mohnsaftes, Morphin, wurde 1804 von Sertürner aus Opium isoliert. Er erkannte den basischen Charakter der Substanz, die er »prinzipium somniferum« nannte, weil er durch Versuche an Mensch und Tier nachweisen konnte, daß sie mit dem Wirkungsprinzip des Opiums identisch war. Erst die fabrikationsmäßige Isolierung der Base durch Umsetzung wässeriger Opiumauszüge — wobei die Ballaststoffe des Opiums als Lösungsvermittler der sonst in Wasser schwer löslichen Base wirkten — mit Chlorcalciumlösung führte zum salzsauren Morphin. Die Aufarbeitung über die Salze ermöglichte eine Trennung der Opiate und lieferte Morphin als Rohstoff für die Herstellung halbsynthetischer Analgetika der Morphinreihe. Extraktionen und chemische Aufarbeitung ermöglichen heute auch eine lohnende Verarbeitung des früher für wertlos gehaltenen Mohnstrohes und der reifen, entleerten Mohnkapseln.

Die Isolierung von Narkotolin aus abgeernteten Mohnkapseln durch die Firma Boehringer, Ingelheim, sei als Beispiel dafür genannt, daß die Gesamtzahl der Opiumalkaloide noch nicht feststeht und daß technische Prozesse der pharmazeutischen Industrie vermeintliche Abfallstoffe zum wichtigen Rohstoff verwandeln.

Narkotolin, ein entmethyliertes Narkotin, war bisher im Opium nicht aufgefunden. Es steht wirkungsmäßig dem Narkotin und Papaverin nahe und entsteht wahrscheinlich erst bei der Reife der Mohnkapseln.

Die heute gültige Strukturformel des Morphins mit der Summenformel $C_{17}H_{19}O_3N$ ist in den Jahren 1924/25 von Robinson und 1930 von Schöpf aufgestellt worden. Diese Formel charakterisiert das Morphin als Phenanthrenderivat, das mit dem Isochinolinsystem gekoppelt ist. Reaktionsfähige Gruppen sind das phenolische und das alkoholische Hydroxyl im Kern, die Doppelbindungen des Moleküls, das Stickstoffatom und die Sauerstoffbrücke.

H_3C—N

OH O OH

(Morphin)

Methylierung, Äthylierung, Oxydation, Dehydrierung und Hydrierung und andere synthetische Abwandlungen führen zu einer Unzahl von Morphinderivaten, und es muß betont werden, daß diese Synthesen zum großen Teil vorgenommen wurden, noch bevor die Struktur selbst gesichert und ehe im Morphinan das Grundskelett der Morphinabkömmlinge erkannt war.

Viele halbsynthetische Morphinderivate wurden hergestellt in der Erwartung, Heilstoffe mit Morphinwirkung zu erhalten unter Eliminierung unerwünschter Begleitsymptome, vor allem der Gewöhnung und der Sucht.

Chemische Veränderungen des Morphinmoleküles und pharmakologische Wirkungsänderungen werden von Bergel und Morrison — wie folgt — beschrieben:

Blockierung des phenolischen Hydroxyls setzt die analgetische Wirkung herab unter Verstärkung der Lähmung des Hustenzentrums, z. B.

Kodein .... als Methylmorphin,
Dionin .... „ Äthylmorphin,
Paracodin ...... „ Dihydrokodein.

Veränderung der alkoholischen Hydroxylgruppe erhöht die Toxicität und den analgetischen Effekt, z. B.:

Heroin	als	Diacetylmorphin,
Dilaudid	„	Dihydromorphinon,
Dicodid	„	Dihydrokodeinon,
Eukodal	„	Dihydrooxykodeinon.

Öffnen der Sauerstoffbrücke mindert den analgetischen Effekt und die Toxicität; Substitution des acyklischen Ringes führen zu Verstärkungen oder zu Minderungen des Gesamteffektes und schließlich ist die Morphinwirkung — die in der ganzen Morphinreihe feststellbare analgetische und suchterzeugende Wirkung — an die Anwesenheit der tertiären Aminogruppe gebunden.

Die therapeutische Verwendung des Morphins hat durch die Isolierung und Reindarstellung des wichtigsten Morphinsalzes, des salzsauren Morphins, und die Einführung der Injektionsspritze durch Pravaz (1791 bis 1853) ihre größte Anwendung gefunden, ergänzt durch die Kombinationspräparate der pharmazeutischen Industrie, die sowohl den Wirkstoff als auch die Dosis nach strengster Kontrolle garantieren.

Wie bei allen Giften schwanken die für Menschen tödlichen Mengen auch für Morphin und die Opiate. Die Dosis letalis ist vielen individuellen Verschiedenheiten unterworfen. Therapeutische Dosen liegen für Erwachsene zwischen 0,005 bis 0,03 g, mit mittleren Tagesmengen von 0,1 g und tödlichen Dosen von 0,3 bis 0,5 g. Für Kinder liegen die Werte wesentlich niedriger, man rechnet bei Morphin 0,0004 g pro Lebensjahr. Morphinisten verlangen weit über die tödliche Dosis.

Die Alkaloide werden vom Magen her rasch resorbiert; ihre Beständigkeit im Organismus ist groß. Die Nieren scheiden 80 bis 90 % des verwendeten Morphins wieder aus, so daß der Urin das Nachweismaterial der Wahl ist, wenn das Opiat chemisch nachgewiesen werden soll. Die Opiate geben Fällungs- und Farbreaktionen. Als Chromatogramme sind sie zum Teil nur schwer trennbar; die Rf-Werte können täuschen, sofern sie nicht weit auseinanderliegen. Der analytische Nachweis der Opiate und ihre Identifikation gehört zu den schwierigsten Aufgaben des forensischen Chemikers.

Synthetische Analgetika und Betäubungsmittel

Die Kenntnis der Morphinformel und das Bestreben, morphinähnliche Analgetika zu schaffen — unter Ausschluß des Suchtfaktors —, haben die Forschung der pharmazeutischen Industrie zu einer Reihe hochwertiger Heilmittel mit ausgerichteter Wirkung auf das Zentralnervensystem geführt, wenn diese Präparate die erhofften Wirkungen auch nicht restlos erfüllten. Wir nennen: Dolantin, Dromoran, Cliradon und Polamidon.

Dolantin, Dromoran und Cliradon haben N-Methyl-Piperidinkonfiguration wie das Morphin. Sie haben die »analgiphore« Gruppe, die nach Schaumann auch für die Rausch- und Suchtwirkung verantwortlich ist. Diese Äthanaminbrücke fehlt dem Polamidon, für das die Frage der Suchtbildung noch unterschiedlich beantwortet wird. Mit Polamidon können Morphinisten entwöhnt werden. Das Präparat ist in Deutschland prophylaktisch in die Opiumgesetzgebung aufgenommen. Dromoran und Polamidon beanspruchen ein besonderes Interesse als optisch aktive Verbindungen. Sie sind ein Beispiel für erhebliche Wirkungsunterschiede der Antipoden.

CH_3 — N; HO —

(Dromoran)

$(H_5C_6)_2C(CO-CH_2-CH_3)(CH_2-CH(CH_3)-N(CH_3)_2)$

(Polamidon)

$H_3C \cdot N\langle\,\rangle C(C_6H_5)(COOC_2H_5)$

(Dolantin)

$H_3C \cdot N\langle\,\rangle C(C_6H_4OH)(CO-C_2H_5)$

(Cliradon)

Das rechtsdrehende 3-Oxy-N-methyl-morphinan = Dromoran ist ein starkes Analgetikum; es bewirkt Sucht. Das linksdrehende, dessen Methyläther das Handelspräparat Romilar ist, wirkt nicht analgesierend, aber stärker Hustenreiz lindernd als Kodein. Romilar bewirkt keine Sucht; es ist als Hustenmittel rezeptfrei.

Bei Polamidon wirkt die Rechtsform kaum oder nicht analgetisch, während die Linksform etwa $1^1/_2$mal stärker analgetisch wirkt als Morphin. Im absoluten Giftigkeitsgrad bestehen bei Dromoran und Polamidon zwischen Racemat und den optischen Isomeren keine Unterschiede.

Dolantin und Cliradon sind Piperidinderivate mit geringer Substituentenvariation. Dolantin vereinigt die vaguslähmende, muskelkrampflösende Wirkung des Atropins mit der schmerzlindernden Wirkung des Morphins. Es verursacht keine Narkose; geringe Gaben bringen mehrstündige Schmerzlosigkeit wie sie für Operationen gefordert wird. Wegen der Suchtbildung fällt das Präparat unter das Opiumgesetz. Die pharmakologische Wirkung des Cliradons entspricht der des Dolantins.

Zu diesen vier Präparaten sollen abschließend noch einige Angaben gemacht werden, die zeigen, wie die einzelnen Werke der pharmazeutischen Industrie unabhängig voneinander in ihren Forschungslaboratorien gleichgerichtete Probleme bearbeiten, im Wettbewerb um das Heilmittel und im Wettlauf mit der Zeit liegen. Die Handelsnamen werden durch die chemische Bezeichnung ergänzt:

Dolantin: Präparat der Farbwerke Hoechst. Synthetisiert und pharmakologisch geprüft von Eisleb und Schaumann (1930). Es ist identisch mit Demerol und Pethidine. Die chemische Bezeichnung lautet: 1-Methyl-4-phenyl-piperidin-4-carbonsäureäthylester.

Dromoran: Präparat der Hoffmann La Roche A. G. Basel. Synthese und Prüfung von Schnider und Grüssner (1949). Die Substanz ist identisch mit dem Präparat Cetarin der Firma Bayer. Chemische Bezeichnung des Racemates: dl-3-Oxy-N-methyl-morphinan.

Cliradon: Präparat der Firma Ciba. Es wurde auch in Hoechst synthetisiert und geprüft. Chemische Bezeichnung: 1-Methyl-4-(m-oxyphenyl)-4-propionylpiperidin.

Polamidon: Präparat der Hoechster Farbwerke. Entwickelt und geprüft von Erhardt und Bockmühl (1943). Identisch mit Amidone, Adanon, Methadon und Dolophine. Chemische Bezeichnung: 2-Dimethylamino-4, 4'-diphenyl-heptanon. Ein Kombinationspräparat ist Polamidon C, das wirkungsmäßig einer Morphin-Atropinzusammensetzung entspricht.

Barbitursäurederivate und Weckamine

Eine Besprechung von Rauschgiften und Betäubungsmitteln hat weiter zwei Körperklassen zu erfassen, die Barbitursäuren und die Weckamine. Von der zweiten Gruppe sind Benzedrin, Pervitin und Isophen in der Substanzenliste zum Opiumgesetz (Stand vom 1. 10. 1955) aufgeführt.

1. Barbiturate

Die Erwähnung der Barbiturate ist gerechtfertigt, da »der Mißbrauch von Schlafmitteln ebenso zu den Zivilisationsschäden unserer Zeit gehört wie die unmäßige Verwendung von stimulierenden Genußgiften« (Lendle).

Der chemische Aufbau sei skizziert, weil neben Polamidon gerade Luminal als wichtigstes Schlafmittel zur klinischen Behandlung der Morphinentwöhnung angewendet wird.

Die Grundsubstanz der Barbiturate, die 1863 von Baeyer hergestellte Barbitursäure, ist narkotisch unwirksam.

```
  /NH — CO\                 /NH — CO\   /C2H5
CO         CH2            CO          C
  \NH — CO/                 \NH — CO/   \C2H5
(Barbitursäure)               (Veronal)
```

Erst die Alkylsubstitution am mittelständigen Malonyl-Kohlenstoffatom führt zu Stoffen, die Narkose und Schlaf bedingen. Die Wirkung steigt mit wachsender Kohlenstoffkette bis zu 5 Kohlenstoffatomen und wird verstärkt durch ungesättigte Gruppen. Der Grundtyp dieser Schlafmittel ist

das Veronal (Diäthylbarbitursäure), 1903 von Fischer und Mehring synthetisiert, dem bis heute etwa 20 weitere Barbiturate gefolgt sind, z. B.:

Luminal als Phenyläthylbarbitursäure,
Phanodorm als Cyklohexenylbarbitursäure,
Dial als Diallylbarbitursäure.

Phanodorm — mit einem teilweise ungesättigten Benzolkern in der Seitenkette — soll euphorische Rauschwirkung erzeugen. Die Barbiturate haben eine große therapeutische Breite und auch die toxische Dosis schwankt erheblich (3 bis 10 g und mehr). Die Vergiftungsstatistik ist erschreckend.

2. Weckamine

Die chemische Forschung hat eine Reihe synthetischer Stoffe geschaffen, substituierte Amine bzw. substituierte Kohlenwasserstoffe, die wirkungsmäßig dem Kokain nahestehen und dem körpereigenen Hormon Adrenalin eng verwandt sind. Wegen ihrer zentral erregenden, die Müdigkeit beseitigenden Eigenschaften werden sie Weckamine genannt. Vertreter sind Benzedrin, Pervitin, Isophen u. a. Ärztliche Verwendung als Analeptikum bei Kollaps und postoperativ in der Chirurgie fallen für unsere Betrachtung nicht so ins Gewicht wie die Anwendung zu Leistungssteigerungen — sei es für ernste Arbeit, als »Mutpillen«, als Erfrischung in Tanzlokalen — oder als Stimulanzersatz für Kaffee und Tabak. Bejahung oder Verneinung der Suchtbildung ist noch umstritten. An Stelle von Gewöhnung liegt vielleicht »Gewohnheit« vor (Lendle). Auf jeden Fall führt ein Dauergebrauch zum Zusammenbruch als Überforderung des Körpers. Die chemische Struktur der Weckamine Pervitin und Benzedrin sei in Vergleich zu Adrenalin gestellt.

$$HO-C_6H_3(OH)-CH(OH)-CH_2-NH-CH_3$$

(Adrenalin)

$$C_6H_5-CH_2-CH(CH_3)-NH-CH_3$$

(Pervitin)

$$C_6H_5-CH_2-CH(CH_3)-NH_2$$

(Benzedrin)

Die Pflanzenwirkstoffe

Die Klassifizierung weiterer Rausch- und Betäubungsmittel nach pharmakologischen und chemischen Gesichtspunkten soll mit pflanzlichen Stoffen beendet werden, wie sie mit der Droge Opium begann. Vom Opium ist über die halbsynthetischen Alkaloide eine Ableitung zu den synthetischen Analgetika zu finden, die Weckamine könnten wirkungsmäßig zum Kokain und formelmäßig zum Meskalin, Kokain zum Atropin überleiten. Im ganzen gesehen sind aber Eigenschaften und Aufbau der Wirkstoffe der Tollkirsche, des Stechapfels, des Peyotl und des Haschisch, die noch zu nennen wären, so unterschiedlich, daß die Pflanze als Richtlinie genommen werden soll. Dies um so mehr, als für Hyoscin, Meskalin und Cannabinol nur die Psychiatrie in dem hier interessierenden Zusammenhang zweckbedingte Aussagen zur Wirkung machen kann.

1. Der Cocastrauch, Erythroxylon Coca, der vor allem in Südamerika heimisch ist, enthält das Alkaloid Kokain, gebunden an Gerbsäure und andere Pflanzensäuren. Die Blätter werden von den Eingeborenen mit Wasser und Kalk geknetet und das Alkaloid so durch chemische Umsetzung als Base in Freiheit gesetzt. Als Lokalanaesthetikum ist es 1884 von Koller in die Augenheilkunde eingeführt worden. Synthetische Präparate haben es heute weitgehend verdrängt, so daß seine Bedeutung als Rausch- und Suchtgift, das zu kriminellen Handlungen verleitet, zurückgegangen ist. Die Nachfolgepräparate sind u. a. Novocain und Anaesthesin.

$$\begin{array}{lllll} & & COOCH_3 & & \\ & & / & & \\ CH_2 - & CH - & CH & & \\ | & | & \backslash & & \\ | & N-CH_3 & CH-O-CO-C_6H_5 & & \\ | & | & / & & \\ CH_2 - & CH - & CH_2 & & \end{array}$$

(Kokain)

$$H_2N\cdot C_6H_4COO-CH_2-CH_2-N\begin{cases}C_2H_5\\C_2H_5\end{cases}$$

(Novocain)

$$H_2N\cdot C_6H_4\cdot COO-C_2H_5$$

(Anaesthesin)

2. Tollkirsche, Stechapfel und Bilsenkraut bilden die Tropaalkaloide: Atropin und Skopolamin. Der indische Hanf, Haschisch, enthält als Wirkstoff Cannabinol und die mittelamerikanische Kakteenart Anhalonicum Lewinii (Peyotl) das Meskalin.
Meskalin wird heute von der Firma Merck in Reinsubstanz geliefert. Es ist ein gefährliches Rauschgift, das Persönlichkeitsspaltung auszulösen vermag. Wo Haschisch Bilder der Bewegung und des Tanzes vorzaubert, zeigt Meskalin dem Süchtigen vor allem ein buntes Farbenspiel.

Die Wirkstoffe der hier genannten Pflanzengifte seien in ihrer chemischen Strukturformel als Abschluß verzeichnet. Es bleibt aber festzustellen, daß nicht diese Verbindungen allein, sondern die Gesamtzusammensetzung, Anwendungsart, psychische Gesamtbereitschaft und körperliche Disposition die Grundlage einer Einwirkung bilden, die all diesen Stoffen eine Charakteristik als Rausch- und Genußmittel verleiht.

```
CH2 ——— CH ——— CH2                        H
 |       |       \                       /
 |       N — CH3   CH — O — CO — C — C6H5
 |       |       /                       \
CH2 ——— CH ——— CH2                        CH2OH
```

(Atropin)

```
  CH ——— CH ——— CH2                        H
 /  |     |       \                       /
O   |     N — CH3   CH — O — CO — C — C6H5
 \  |     |       /                       \
  CH ——— CH ——— CH2                        CH2OH
```

(Skopolamin)

```
            O · CH3
            |
H3C · O <benzene ring>— CH2 — CH2 — NH2
            |
            O · CH3
```

(Meskalin)

```
 CH3            OH
 |              |
<ring> ———————— <ring>— CH2 — CH2 — CH2 — CH2 — CH3
      \         /
       C — O
      /  \
   CH3    CH3
```

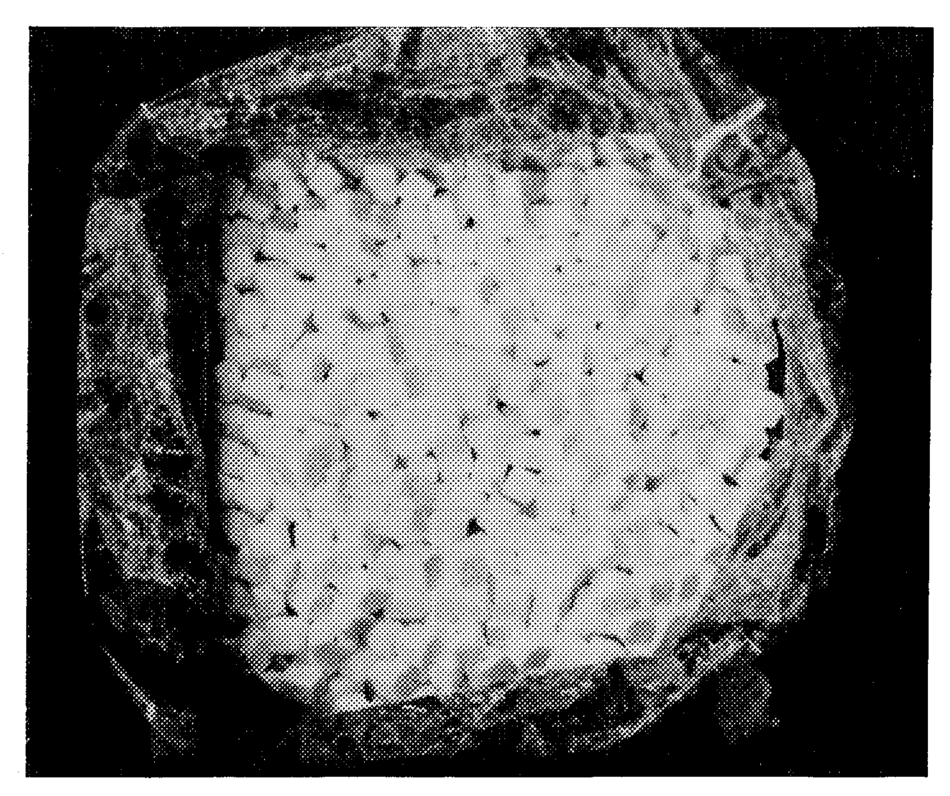
(Cannabinol)

Zum Schluß sei nochmals die Frage gestellt: Was sind also Rauschgifte und Betäubungsmittel? Welche Definition soll nach der Skizzierung der chemischen, pharmakologischen, medizinischen und juristischen Fragestellung gegeben werden?

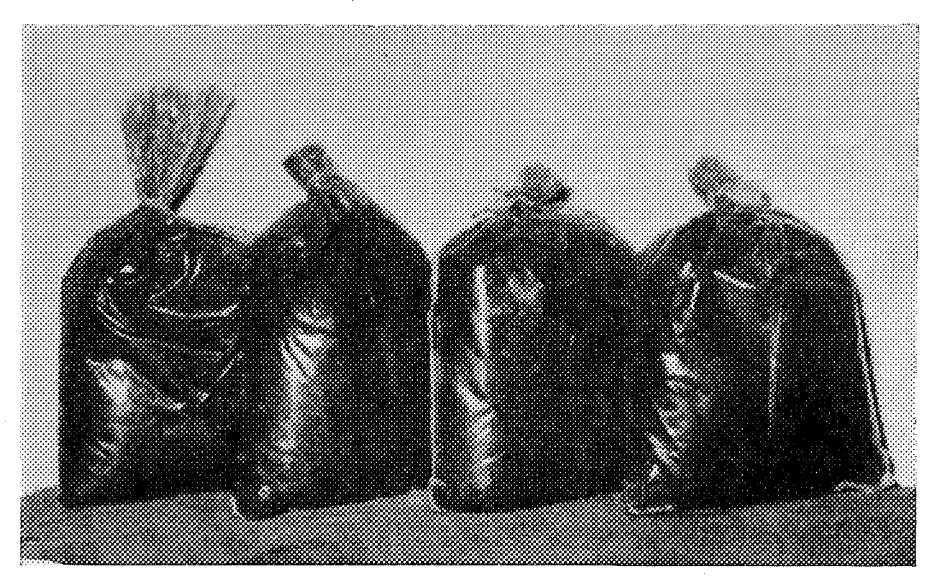
Wir kennen die Wirkstoffe als Einzelsubstanz und als Gemisch; wir verzeichnen akute Wirkung und Nachwirkung und finden die Einordnung unter gesetzliche Bestimmungen. Wir glaubten, gültige Relationen zu erkennen, die Materie und Wirkung untereinander verbindet und fanden diese These am Einzelbeispiel ebenso widerlegt, weil jedes Einzelbeispiel nur aus der Gesamtbetrachtung einer alles umfassenden Fragestellung zu beurteilen ist.

Diese ist gegeben, wenn wir das menschliche Begehren und Handeln in die Spitze eines Kegels legen und jede Betrachtungsweise als Schnittfläche zum Lot. Wir erhalten so die Ellipse, in deren Brennpunkten Chemie und Pharmakologie erscheinen und als Mittelpunkt das Gesetz. So liegen auch die Bedingungen fest, denen Substanz und Wirkung unterworfen sind.





1 kg Morphium-Substanz in Würfelform (in einer Cellophantüte), die von einem Arzt aus dem Rheinland und zwei Mittätern im Mai 1947 für RM 100 000,— nach Holland geschmuggelt werden sollte.
Das Morphium stammte aus ehemaligen Wehrmachtsbeständen.



4 kg Opiumpulver in Cellophantüten, das bei dem Versuch, es über Zwischenhändler zum Endpreis von DM 80 000,— zu verkaufen, in Köln sichergestellt wurde.
Die Frau eines Apothekers will dieses Opium 1945 auf der Flucht von Schlesien nach dem Westen in einem Chausseegraben gefunden und es jahrelang in ihrer Wohnung in der SBZ versteckt haben. In Teilmengen brachte sie es dann nach Westdeutschland, um durch den Verkaufserlös ihrem Ehemann den Erwerb einer Apotheke zu ermöglichen.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Psychopathologie der Sucht, unter besonderer Berücksichtigung der Rauschgiftsucht

Prof. Dr. H. W. Gruhle, Bonn

Die Behauptung, daß es kein Volk ohne Rauschmittel gebe, ist schwer beweisbar. Der Drang nach dem Rausch ist jedoch weit verbreitet. Im wesentlichen sind zwei Tendenzen wirksam: Die Sehnsucht nach Lustgefühlen und der Wunsch, dem Alltag mit seinen Plagen und Kümmernissen zu entrinnen und in einem außerwirklichen Reich zu verweilen. Lustgefühle können sich eng an Körperempfindungen anschließen, so wie z. B. der Opiumrausch sexuelle Phantasien entfesselt und mit den zugehörigen Lustgefühlen ausstattet. Betrachtet man sich Photographien von Opiumberauschten, so fällt einem oft das weit geöffnete, etwas schwimmende Auge mit dem in unbestimmte Fernen gerichteten Blick auf. Es ist der Rausch des entzückten Betrachters ohne Neigung zur Unruhe, ohne Handlungen, also ohne Impulsvermehrung. Deshalb gibt es in Opiumlokalen für die Polizei kaum etwas zu tun; es kommt dort selten zum Streit. Ganz anders in Häusern, in denen Haschisch verbraucht wird. Ihnen gilt — z. B. in Athen — die besondere Aufmerksamkeit der Polizei, da das wirksame Prinzip des indischen Hanfs (cannabis indica, sativa, americana) neben wollüstigen Sensationen auch die Impulse erregt und zu Streitigkeiten, Körperverletzungen u. ä. führt. Im Rahmen dieser Darstellung würde es zu weit gehen, alle Rauschgifte der Welt mit den besonderen Schattierungen ihrer Wirkung aufzuführen. Ihr spezielles Glückserlebnis ist bald körperlich sexuell ausgefüllt, bald visuell phantastisch gestaltet (Erblicken seliger Gefilde), bald egozentrisch religiös gefärbt (Erlebnis der ewigen Seligkeit in paradiesischer Fülle). Oft liest man dem Berauschten das Glücksgefühl am Gesichtsausdruck ab, ohne daß er geneigt ist, seine Erlebnisse zu offenbaren. Zuweilen verursacht das Gift nur vermehrte Heiterkeit mit leichter Erregung (Singen, Raufen, Unfug machen) wie der Alkohol, der in verstärkter Dosis zu Lähmungen führt (Lallen, Taumeln, Stürzen). Das Gift hat mitunter auch nur eine stille glückliche Beschaulichkeit zur Folge. Die Art und Weise unseres Alkoholkonsums schaltet uns nicht aus dem Alltagsleben aus, sondern verklärt nur alle Innen- und Außenerlebnisse ins Komische, Fröhliche, Unbeschwerte, Sorglose. Die Eigeneinschätzung, das Selbstbewußtsein werden gesteigert: die Minderwertigkeitsideen verschwinden, die eigenen Leistungen werden überschätzt, die Präzision aller Fertigkeiten läßt nach. Unsere Sportsleute kennen diese alkoholische Selbsttäuschung und halten sich dem Alkohol fern. Wir wissen aber auch, daß diese Erkenntnis von Kraftfahrern tausendfach in den Wind geschlagen wird und daß die alkoholisch bedingten Verkehrsunfälle zahllosen Menschen das Leben kosten. Die uns so vertraute Wirkung des alkoholischen Rausches ist psychologisch sorgsam untersucht worden. Der Psychiater Emil Kraepelin, der in dem Leipziger psychologischen Laboratorium Wilhelm Wundts ausgebildet wurde, hat die Methoden der experimentellen Psychologie auch auf die üblichen Vergiftungen, zumal den Alkohol, angewendet und so (etwa ab 1892) die ersten exakten Feststellungen der Giftwirkung veranlaßt. Bierartige Getränke wurden schon in der Antike hergestellt. In Ägypten, Aethiopien (nach Diodor), Arabien, Spanien, Illyrien, Pannonien usw. wurde Gerste dazu verwendet; von »honigberauschten« Nymphen erzählt Porphyrios.

Seltener lassen sich genauere Kenntnisse über exotische Drogen gewinnen. Die Berichte, die uns Forschungsreisende oder Missionare über deren Wirkungen brachten, waren alles andere als exakt. Zudem verwenden die Primitiven so gut wie nie reine Substanzen und nur vereinzelt ein und dieselbe Pflanze. Sie mischen verschiedene Gewächse und stellen aus diesen Mischungen dann durch Gärung oder andere Behandlungen wirksame Rauschtränke her. Die Wissenschaft hat sich bemüht, aus den mittelamerikanischen — meist kombinierten — Substanzgemischen (Peyotl) die Wirkung des Mescalin zu isolieren. Dessen Studium war für die Psychopathologie wichtig, weil es im Zuge seiner Erforschung gelang, künstliche Psychosen zu erzeugen und im Vergleich mit ihnen die

gewöhnlichen Psychosen zu analysieren. Der Mescalinrausch — ich selbst habe als Versuchsperson an den gründlichen Untersuchungen teilgenommen, die die Heidelberger Psychiatrische Klinik unter Führung von Kurt Beringer im Jahre 1926 veranstaltete — verlief (wie übrigens alle Räusche) bei den einzelnen Berauschten sehr verschieden. Gemeinsam war allen Versuchspersonen das Erleben der optischen Eindrücke. Man erlebt die Farben der Umwelt viel lebhafter, man bemerkt, wie sich ruhende Gegenstände zu bewegen beginnen, man sieht, wie die Dinge sich arabeskenförmig verändern. Man beobachtet, wie die Äste des Gesträuchs vor dem Fenster die Fensterbank durchdringen und in das Zimmer hineinwachsen. Man sieht eine Art Gitterwerk über das Zimmer ausgebreitet; dieses Gitterwerk macht vor den realen Gegenständen nicht Halt, es durchdringt sie, ja, es wächst in die eigene Person hinein. Die Abgrenzung der Gegenstände gegeneinander hört auf. Ich sehe Gitterwerk, aber ich bin gleichzeitig Gitterwerk. Ich betrachte das Phänomen höchst interessiert. Ich bin weder benommen noch verwirrt. Mein Verstand bleibt klar. Die Stimmung ist angeregt, leicht euphorisch, aber nicht glückselig, zuweilen zusammen mit dem Selbstbewußtsein deutlich gehoben. Aber auch unbehagliche Gemütszustände stellen sich ein: das Bewußtsein, beobachtet zu werden, unfrei zu handeln. Mein eigener Grundzustand war während der Giftwirkung keineswegs glücklich, aber angeregt, höchst aufnahmebereit. Einer der Vergifteten glaubte, das Rad der Welt zu drehen. Andere spürten eine Veränderung ihres Körperaufbaus: dort, wo ich schlucke, sitzen gar nicht jene Muskeln, mit denen ich schlucke. Einzelnes kann der Berauschte schwer aus dem Zusammenhang lösen. Das Zeiterlebnis verlängert sich.

Für Vergiftungen, die lebhafte seelische Erscheinungen hervorbringen, haben wir das Wort Rausch. Jeder glaubt zu wissen, was das ist. Und jeder gerät in Verlegenheit, wenn er diesen Begriff definieren soll. Die Glückseligkeit gehört keineswegs grundsätzlich dazu; denn wir sprechen auch von pathologischen Räuschen, die von Gereiztheit, Ärger, Zorn, Wut beherrscht werden. Verwirrtheit begleitet keineswegs alle Räusche; die Mescalinvergiftung ist z. B. davon meist frei. Das Denkvermögen ist zuweilen schwer, zuweilen auch gar nicht geschädigt. Die Beherrschung unserer Körperfunktionen, zumal feinerer Bewegungen, leidet in der Regel Not. Nur manchmal wird das Bewußtsein der eigenen Person beeinträchtigt. Die Auffassung der Außenwelt ist nur in gewissen Fällen, keineswegs immer gestört. Die Willenssphäre ist häufig erregt (bis zur Tobsucht), häufig gelähmt (Lethargie): kurz, es gelingt nicht, eine eindeutige Beschreibung des Rausches zu liefern. Hilft man sich mit einem allgemeinen unbestimmten Wort wie »Ausnahmezustand«, so muß man zugeben, daß es viele Ausnahmezustände gibt, die keine Räusche sind. Für unsere heutigen praktischen Interessen haben wir uns daran gewöhnt, das als Rausch zu bezeichnen, was wir vom alkoholischen Rausch tausendfach kennen: Herabsetzung fast aller Leistungen mit Ausnahme der Phantasie und des Antriebs, heitere glückliche Stimmung. Aber schon für den Morphinrausch trifft diese Beschreibung nur annähernd zu; desgl. für den Kokainrausch.

Ergibt sich jemand gewohnheitsmäßig dem Genuß eines Rauschgiftes, so bezeichnen wir ihn dann als süchtig, wenn er von dieser seiner Gewohnheit nicht mehr lassen kann. Manche der geschilderten Wirkungen erscheinen dem Kenner so verlockend, daß er diesem Anreiz nicht widerstehen kann. Da sich die Wirkung eines häufig genommenen Giftes durch die Wiederholung meistens abschwächt, so sieht sich der Genießende gezwungen, zu immer höheren Dosen zu greifen.

Es gibt wenige Gifte, die auf die Dauer Körper und Geist nicht zerrütten. Selbst wenn der Süchtige dies spürt, vermag er nicht zu widerstehen. Er ist dem Mittel verfallen. Unendlich oft nimmt er sich vor, auf das Gift zu verzichten. Aber der immer erneute Rückfall schwächt sein Selbstbewußtsein, erniedrigt seinen Selbstwert, treibt ihn in die Verzweiflung, aus der ihn subjektiv nur erneute Einspritzungen retten. Seine Ausdauer, seine Konzentrationsfähigkeit, seine gesamte Leistungsfähigkeit nimmt ab. Man hört häufig die Meinung, die Rauschgiftsucht verderbe den Charakter. Das ist sicher richtig. Der Süchtige wird nicht nur gegenüber der Verlockung »seines« Giftes schwach und unzuverlässig. Die Notwendigkeit, große Mittel zur Bezahlung seines Rauschgiftes aufzuwenden, untergräbt auch seine wirtschaftliche Existenz und verleitet ihn nicht nur, sich sein Mittel auf unrechtmäßige Weise zu verschaffen, sondern auch andere kriminelle Handlungen zu begehen.

Man hat oft die Frage erörtert, wer denn süchtig werde. Die Tatsache, daß es vorwiegend Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und Heilgehilfen sind, die der Sucht verfallen, läßt den Schluß zu, daß »Gelegenheit Diebe macht«. Müller-Hess teilt mit, daß im Jahre 1942 von 765 gesetzlich untergebrachten Süchtigen 200 Ärzte waren. Die zweite große Gruppe der Süchtigen umfaßt jene, die durch Fahrlässigkeit oder Leichtsinn der Ärzte süchtig werden. Speziell Morphin wird viel zu häufig verschrieben. Demgegenüber kann man ohne Übertreibung behaupten, daß Morphin und seine direkten Ersatzmittel nach dem Stand unserer heutigen pharmazeutischen Industrie fast

überflüssig geworden sind. Nur bei sehr seltenen Erkrankungen muß man noch zum Morphin greifen. Man wird keine Bedenken haben, die Qualen unrettbar Carcinomkranker durch das Mittel zu lindern und es bis zum Tode weiter zu verabreichen. Auch die schweren schmerzhaften Krisen der Tabiker und andere Krisen bedürfen des Morphins oder der Ersatzmittel. Aus der Erfahrung des Nervenarztes kennen wir viele Fälle, in denen ein schweres Leiden, z. B. eine Knochenzertrümmerung im Kriege oder eine mißlungene Amputation, anfangs mit Morphin sinnvoll behandelt wurde, bis dann der Sanitätsgefreite oder eine Schwester die Einspritzung übernahm und schließlich dem Kranken selbst die Spritze in die Hand gegeben wurde. Von diesem Augenblick an waren diese Kranken bereits suchtgefährdet, meist aber schon süchtig. Auch in der gewöhnlichen Krankenbehandlung der Nachkriegszeit gibt der Arzt dem Kranken nicht selten die Spritze in die Hand und macht sich dadurch an der Sucht schuldig.

Eine wichtige Gruppe von Rauschgiftsüchtigen hat nie ein Leiden oder nur gewöhnliche Kopfschmerzen oder unbestimmte leichte Beschwerden gehabt und ist im wesentlichen aus eigener Neigung oder durch Verführung zur Sucht gekommen. Es gibt Familien, in denen der eine Elternteil den anderen und dann die heranwachsenden Kinder ansteckt. Ich habe Familien gekannt, in denen das Rauschmittel wie bei einem Gesellschaftsspiel gemeinsam genommen oder gespritzt wurde. In einem Falle machte sich der schwerkriegsverletzte erwachsene Sohn eine Art Sport daraus, möglichst viele Familienmitglieder und Freunde zur Sucht zu verführen.

Die von der Industrie gelieferten Gifte Polamidon, Cliradon, Dromoran usw. sind — abgesehen von den später noch zu besprechenden Schlafmitteln — weniger wichtig. Der Mißbrauch von Lachgas und Kokain ist in Deutschland nur noch selten zu beobachten. Kokain (Erythroxylon Coca oder E. novogranatense, in Peru und Bolivien heimisch, auch in Ceylon und Niederländisch-Indien bekannt) ist in der Produktion der Symptome ziemlich reichhaltig. Eine Euphorie mit mechanischer Beimischung und Neigung zu Automatismen beherrscht das Bild. Zuweilen macht sich ein asozialer Psychopath dadurch wichtig, daß er auf öffentlicher Straße (z. B. auf den Stufen eines Denkmals) ein Tuch mit Aether begießt und daran so lange saugt und schnüffelt, bis er in eine leichte Narkose sinkt. Nachforschungen ergeben dann meist, daß es sich um einen alten Trick handelt und keine Selbstmordabsicht dahintersteckt, wenngleich der Täter nachher auch von Weltschmerz faselt.

Der indische Hanf wird in Deutschland (als Haschisch) nur wenig zu Suchtzwecken benutzt. Man liest in Feuilletons zwar oft darüber, daß der Mißbrauch der Marihuana-Zigaretten die deutsche Jugend zermürbe, doch habe ich selbst nur ganz gelegentlich mit solchen Rauchern zu tun gehabt. Die Zahlen, die aus den USA gemeldet werden, dürften wissenschaftlich recht vorsichtig zu verwerten sein. In der Bohème und in Kreisen der Asozialen und Verbrecher der Großstädte werden alle möglichen Mittel durcheinander genommen, um immer wieder neue Reize zu erzeugen. In diesen Kreisen begegnet man natürlich auch vereinzelt wirklich Süchtigen, zumal solchen, die mit dem Mittel Geschäfte machen. Das Haschisch spielt in den Hafenstädten des Mittelmeers (vor allem von Ägypten) eine bedeutende Rolle. M. Stringaris hat ihm eine treffliche Studie gewidmet. Auch in Mittelamerika werden die Hanfpräparate sehr viel verwendet. Dort kreuzt sich der Haschischmißbrauch mit dem Mißbrauch des Mescalin, das in Form eines Trankes (von der Kaktee Anhalonium Lewinii und anderen Spezies) genommen wird. Das Mescalin wird in Mittelamerika offenbar nicht als antisozial empfunden. Man glaubt sogar an eine seelische Heilwirkung des Giftes. Gewisse Sekten finden sich nur auf der Basis des Peyotlgenusses zusammen. Durch die gleichen übersinnlichen Erlebnisse fühlt man sich eng verbunden. Sekten, die mit Peyotl-Saft taufen, stehen im Ruf besonders hoher sittlicher Auffassung und Haltung. Mexiko und die mittelamerikanischen Staaten kennen noch etliche andere Gifte, über die die Indios praktisch Bescheid wissen. Doch ist nur ein kleiner Teil dieser Pflanzengifte botanisch genau bekannt. Noch weniger erforscht sind deren seelische Wirkungen, abgesehen von den oben beschriebenen Mescalvergiftungen. Praktisch bedeutsam sind sie jedoch in unseren Breiten nicht. Unter Studenten, Literaten und in der Bohème schließen sich ab und zu Gruppen zusammen, die das Mescal aus Sensationsbedürfnis oder zur Steigerung erotischer Freuden oder deshalb gemeinsam nehmen, um die Langeweile gesellschaftlicher Veranstaltungen zu durchbrechen.

Von den verschiedenen Rauschmitteln Mittelamerikas und aus sonstigen amerikanischen Hafenstädten werden noch manche mit den Namen der Indios genannt: Ololiuqui, Chicalote, Ayahuosca, Toloachi, Sinicuichi, Nanácatl. Victor A. Reko stellte zusammen, was er darüber erfahren konnte. Diese Mittel sollen alle nach dem Aufhören der akuten, lustvollen Wirkung heftige Krisen und Reaktionen hervorrufen, die den Vergifteten außerordentlich quälen und gesundheitlich ernstlich gefährden. Nach den amerikanischen Quellen verfallen die süchtigen Indios und natürlich auch die weniger zahlreichen »Weißen« in schweres Siechtum.

Man hat vielfach darüber diskutiert, ob nicht jeder Süchtige konstitutionell eine Neigung zur Sucht habe. Ich möchte das verneinen. Wenn ein körperlich chronisch schwer leidender Mensch, insbesondere ein Kriegsversehrter (etwa ein Beinamputierter mit 3 bis 4 Nachamputationen und Causalgien) zur Sucht kommt, so besteht m. E. kein Anlaß, a priori eine konstitutionelle Neigung anzunehmen. Forscht man sorgfältig nach, ob der Versehrte vor dem Beginn des körperlichen Leidens irgendwelche auffälligen seelischen Züge trug, so fällt diese psychologische Forschung häufig negativ aus. Als Beispiel seien zwei Juristen angeführt, die in gleicher Weise studierten, in farbentragenden Verbindungen gemeinsam dem Alkoholmißbrauch verfielen, ihre Examina regelrecht bestanden, die Vorbereitungszeit unter ähnlichen Begleitumständen durchliefen, heirateten, sich guter Ehen und gesunder Kinder erfreuten und schließlich Amtsrichter in kleinen Städten wurden. Es liegt jetzt der Gedanke nahe, daß in dem einen, der im 40. Lebensjahr schwer trunksüchtig wurde, eine Anlage wirksam wurde, während der andere davon frei war. Dies ist aber eine vorgefaßte Meinung, für die jeder Beweis fehlt. Wenn jemand annimmt, der Trunksüchtige sei eben weniger energisch, weicher, womöglich haltloser, so gibt die Erfahrung diesem Konstitutionstheoretiker nicht recht. Wenn er glaubt, daß sich in der Körperform ein Hinweis auf die Anlage ergebe, so muß er in dem zitierten Beispiel feststellen, daß beide ausgeprägte Pykniker sind. Wenn ein »Tiefenpsychologe« vermutet, daß der eine, der Trunksüchtige, das Einerlei der kleinen Stadt und die Einförmigkeit des Berufes nicht aushalte, von seiner Ehefrau nicht die mindeste Anregung erfahre und sich deshalb in den Alkohol »rette«, während der andere mit seiner Frau, seinem Haus, seinem Garten zufrieden sei, so ergibt die Nachforschung, daß der Letztgenannte der geistig und kulturell Höherstehende ist, während der Erstgenannte sich mit dem Stumpfsinn der Stammtischwitze zufrieden gibt. Schließlich bleibt nur noch die Annahme, daß der Trunksüchtige, von der »Weltangst« getrieben, Ruhe und Vergessen in der Tiefe des Rausches suche, während der Solide, bar aller Qualitäten des Unbewußten, in der Flachheit des Oberbewußtseins verharre. Solcher Unsinn wird vielfach geglaubt; Tatsache ist, daß man meist weder eine Anlage noch besondere Umwelteinflüsse findet, die die Neigung zur Sucht erklären könnten. Das Problem bleibt ungelöst.

Es gibt natürlich Menschen, die von vornherein psychopathische Züge zeigten und aus diesen Anlagen heraus — ohne körperliches Leiden — zur Sucht kamen. Unter ihnen gibt es solche, die schon früh eine bequeme Indolenz verrieten, unwillig und mit Mühe eine wirtschaftliche Position erreichten und dann nur in der Trunksucht das fanden, was das Leben lebenswert macht. Häufiger sind unter ihnen unruhige, getriebene, begabte Hyperthyme, die viele Berufe durchlaufen, Reisende, Journalisten, Auslandsvertreter, politische Agenten und dergl. anzutreffen, die mit vielen Menschen und Schichten zusammenkommen und dabei halb aus Neugier, halb aus Verführung (süchtige Geliebte) an das Morphin oder Pervitin geraten. Wenn man rückschauend die Zahl der Süchtigen überblickt, denen man Hilfe spenden sollte, so stellt man eine bunte Schar äußerst verschiedenartiger, oft hochbegabter, interessanter Menschen fest, die mit größter Mühe und oft nur auf Zeit ihrer Sucht entrissen werden konnten und schließlich im Siechtum endeten. Unter den Alkoholikern ist die Schar der kultivierten Personen relativ klein (Musiker!); meist sind es indifferenzierte, auch sozial tieferstehende Menschen, die sich der Trunksucht ergeben.

Eine moderne Gruppe der Süchtigen sind die Schlafmittelsüchtigen. Unter den Symptomen, über die in der Sprechstunde der Nervenärzte am meisten geklagt wird, stehen Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen obenan. Selten ist die Schlaflosigkeit zerebral oder sonst körperlich bedingt. Meist verbergen sich hinter ihr Lebenskonflikte verschiedenster Art. Statt dem Übel an die Wurzel zu gehen, begnügen sich viele Ärzte damit, Schlafmittel zu verschreiben. Da diese — leider auch Phanodorm — in den Apotheken vielfach ohne Rezept abgegeben werden, nehmen die Kranken dieses oder andere Mittel unbedenklich jahrelang mit der Begründung, daß sie sonst überhaupt nicht schlafen könnten. Alle Mittel, die Barbitursäure enthalten, wirken auf manche Menschen nicht nur einschläfernd, sondern auch euphorisierend. Viele Kranke berichten, daß sie gerade beim Phanodorm ein gesteigertes Lebensgefühl verspüren. Das hat zur Folge, daß manche von ihnen auch tagsüber eine Tablette nach der anderen schlucken, um sich bei guter Stimmung zu halten. Derartige Süchtige kommen zuweilen auf 15 bis 20 Tabletten pro Tag.

Eine weitere Gruppe sind die Pervitinsüchtigen. Das Pervitin (Weckamin) und chemisch gleiche oder ähnliche Mittel (Isophen, Benzedrin) gehören eigentlich nicht zu den Rauschgiften, da — wie bereits erwähnt — zum Rausch meist die lustvolle Benommenheit gerechnet wird. Diese Mittel sind Excitantien, aufmunternde, anregende und erfrischende Substanzen, die insbesondere die Impulsivität vermehren. Man fühlt sich keineswegs, wie beim Opium oder den anderen Ableitungen aus dem Safte des Mohns, zu angenehmer, passiver Träumerei veranlaßt und den Bildern der Phantasie hingegeben, sondern zur Tätigkeit, zur Arbeit aufgemuntert. Deshalb wirken diese Mittel

vor allem gegen Müdigkeit, Abspannung, Arbeitsunlust. Es ist daher begreiflich, daß diese Weckamine bei unserer jagenden und unruhevollen Lebensweise vor allem von geistigen Arbeitern gern genommen werden. Man erzählt — ich vermag dies nicht nachzuprüfen —, daß besonders unsere Flieger im Kriege überreichlich mit Pervitin versorgt wurden. Die Gefahr dieses Mittels liegt darin, daß sich seine Wirkung allmählich erschöpft und daß der Verbraucher durch die Einnahme immer größerer Dosen süchtig wird. Es gibt auch vielbeschäftigte Ärzte, die sich durch 30 bis 40 Pervitintabletten täglich arbeitsfähig erhalten. Aber wie bei fast allen echten oder sogenannten Rauschgiften: die Erschlaffung, die Schlaflosigkeit, die Zerrüttung folgt nach, so daß es notwendig wurde, diese Mittel dem verschärften Rezeptzwang zu unterwerfen. Der Schlaf wird durch Pervitin schwer beeinträchtigt. Die Qualität der an sich gesteigerten Arbeit wird durch die starke Einbuße an Kritikvermögen häufig verringert. Eine Neigung zu Pervitinpsychosen ist deutlich feststellbar.

Zum Schluß gibt es Personen, die — so eigenartig es klingt — eine Neigung zu fast allen Rauschmitteln haben. Es existiert in dem weiten Bereich der Schmerzbekämpfungs-, Schlaf-, Beruhigungs- und Narkosemittel kaum ein Mittel, das sie nicht gelegentlich verwenden. Aus dieser Vielseitigkeit der Benutzung von Rauschmitteln folgt, daß es sich hier um eine Flucht der Persönlichkeit in das jeweilige Mittel, eine Flucht aus der Alltagsstimmung und den Alltagspflichten in den Rausch handelt. Diese konstitutionell geprägten Personen sind Schmarotzer der Gesellschaft, des Lebens. Man kann für sie die Definition gelten lassen, die Gabriel und Kratzmann schon 1936 formulierten: »Sucht ist das dringende Verlangen nach Beseitigung einer dauernden, in der Anlage der Persönlichkeit gegebenen, quälenden seelischen Gleichgewichtsstörung mit Hilfe äußerer Mittel«. Müller-Hess nimmt an, daß 30,7% der Süchtigen aus konstitutionellen (psychischen) Gründen zur Sucht kamen. Bei diesen Süchtigen ist die Hoffnung auf eine »Heilung« gleich Null.

Das Morphin ist psychopathologisch wenig interessant. Ich habe viele Morphinisten nach ihren Erscheinungen ausgefragt, doch außer der Stimmung der Glückseligkeit kam nicht viel Interessantes heraus. Das Stammpräparat, das Opium, scheint viel ergiebiger zu sein. Thomas de Quincey und Cocteau beschreiben seine Wirkung anschaulich, und schon Homer berichtet uns von dem Nepenthés, dem Trauer und Kummer verscheuchenden Mittel. Die heutigen Ersatzpräparate Codein, Paracodin, Dicodid, Heroin, Eukodal, Cliradon, Polamidon und Dromoran zeigen wohl Nuancen ihrer seelischen Wirksamkeit, doch ist ihre Wirkung individuell sehr verschieden.

Für das gesamte Volkswohl hat der Alkoholmißbrauch eine viel größere Bedeutung als die Rauschgifte im engeren Sinn. Pohlisch-Panse errechneten für die Fälle der Charité von 1913 bis 1932 ein Verhältnis von 7,2 : 3,9 zwischen Alkohol und Morphin.

Literatur

Gabriel, E. und Kratzmann, E.: Die Süchtigkeit, Berlin, Neuland 1936
Hesse, Erich: Die Rausch- und Genußgifte, 2. Aufl. Stuttgart, Enke 1953
Maier, Hans W.: Der Kokainismus, Leipzig, Thieme 1926
Møller, Knud O.: Rauschgifte und Genußmittel, Basel, Schwabe 1951
Pohlisch, Kurt und Panse, Fr.: Schlafmittelmißbrauch, Leipzig, Thieme 1934
Reko, Victor A.: Magische Gifte, 2. Aufl. Stuttgart, Enke 1938
Stringaris, M. G.: Die Haschischsucht, Berlin, Springer 1939

Bekämpfung der Rauschgiftsucht und Betreuung der Süchtigen als Aufgabe des Gesundheitsamtes

Dr. Annelies Spaich, Gesundheitsamt Stuttgart

Nach § 3 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 (RGBl. I, S. 531, 794) gehört u. a. die Fürsorge für Süchtige zu den Dienstaufgaben der Gesundheitsämter. In der ersten Durchführungsverordnung vom 6. 2. 1935 zu diesem Gesetz (RGBl. I, S. 177) wird das Aufgabengebiet der Gesundheitsämter näher umrissen. In § 4 (12) heißt es: »Den Kampf gegen die Rauschgiftsucht, besonders gegen den Alkoholmißbrauch, hat das Gesundheitsamt dadurch zu unterstützen, daß es den Verbänden, die sich mit der Fürsorge für Süchtige befassen, die ärztlich-wissenschaftlichen Grundlagen für ihre Fürsorgemaßnahmen gibt. Die Einrichtung und Unterhaltung von Fürsorge- und Beratungsstellen auf den im § 3 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes unter f angegebenen Fürsorgegebieten gehört zu den Aufgaben des Gesundheitsamtes, wenn bei diesen Stellen der Schwerpunkt der Tätigkeit in der ärztlichen Beratung und Untersuchung liegt. Mit anderen Fürsorge- und Beratungsstellen hat das Gesundheitsamt eng zusammenzuarbeiten«. In § 64 der dritten Durchführungsverordnung vom 30. 3. 1935 (RMBl. I S. 327, 435) heißt es: »Die Gesundheitsämter haben dem Mißbrauch von Alkohol, Tabak und Schlafmitteln, Opiaten und ähnlich wirkenden Giftstoffen ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden«.

Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln — kurz Opiumgesetz genannt — vom 10. 12. 1929 (RGBl. I, S. 215) und die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien vom 19. 12. 1930 (RGBl. I, S. 635), die durch verschiedene Zusatz- und Ergänzungsverordnungen, deren letzte am 16. 6. 1953 erlassen wurde, vervollständigt wurde, bilden die gesetzlichen Grundlagen für eine Bekämpfung der Rauschgiftsucht. Hinzu kommen noch die verschiedenen ländergesetzlichen Regelungen über die Unterbringung geisteskranker, alkohol- und rauschgiftsüchtiger Personen. Baden-Württemberg hat am 16. 5. 1955 (BWGBl. Nr. 10 v. 3. 6. 1955, S. 87) als eines der letzten Bundesländer ein solches Landesgesetz erhalten, durch dessen Inkrafttreten den Amtsärzten ein behördliches Vorgehen gegen Rauschgiftsüchtige nunmehr möglich ist.

Zu den Aufgaben des Amtsarztes in bezug auf die Bekämpfung der Rauschgiftsucht gehört die Erfassung, Betreuung und nachgehende Fürsorge Süchtiger.

Bereits die Erfassung der Süchtigen stößt auf die größten Schwierigkeiten. Nur durch eine intensive Zusammenarbeit von Gesundheitsamt, Apotheken, niedergelassenen Ärzten, Ärzten von Krankenhäusern und Versorgungsämtern, Rezeptprüfern der Krankenkassenverbände und den Rauschgift-Sachbearbeitern der Kriminalpolizei kann es gelingen, möglichst viele Süchtige zu erfassen. Eine Erfassung aller Süchtigen wird, insbesondere in großen Städten, kaum möglich sein. Zum mindesten wird eine größere Anzahl lange Zeit unentdeckt bleiben. Am schwersten zu erfassen sind die sogenannten wandernden Patienten, die nicht nur innerhalb einer Stadt Arzt und Apotheke ständig wechseln, sondern auch von Stadt zu Stadt ziehen, um sich die gewünschten Mittel zu verschaffen. Sie können sich auf diese Weise einer Kontrolle durch das Gesundheitsamt lange Zeit erfolgreich entziehen. In Stuttgart besteht ein Abkommen zwischen Gesundheitsamt und Apothekenkammer, nach dem alle diejenigen Patienten, die mehr als drei Betäubungsmittelrezepte innerhalb eines Monats in einer Apotheke einlösen, von dieser der Hauptstelle für Suchtkranke und -gefährdete beim städt. Gesundheitsamt schriftlich zu melden sind. Vorübergehend wurde auch versucht, an Hand von Durchschriften der Betäubungsmittelbücher eine Kartei von sämtlichen Patienten, die während eines Monats Betäubungsmittel verordnet bekamen, anzulegen. Dieser Versuch mußte jedoch wieder aufgegeben werden, da für eine derartige zeitraubende Tätigkeit — es müßten monatlich mindestens 2000 bis 3000 Karteikarten angelegt werden — zu wenig Personal zur Verfügung stand. Sehr bewährt hat sich in anderen Staaten das Verfahren, die Betäubungsmittelrezepte durch Form, Farbe und Numerierung besonders kenntlich zu machen. Diese Methode soll

vor kurzem auch in Ost-Berlin eingeführt worden sein und sich als äußerst zweckmäßig erwiesen haben. Es wird dadurch vor allem erreicht, daß dem Süchtigen das Entwenden von Rezeptformularen aus dem Sprechzimmer des Arztes nicht mehr so leicht gemacht wird. Auch fällt das Fehlen von derart gekennzeichneten Rezepten in der Arztpraxis schneller auf. Diese Neuerung, die den Rezeptprüfstellen der Krankenkassenverbände ihre Arbeit ebenfalls erleichtern würde, soll gegebenenfalls auch in Stuttgart eingeführt werden.

In Stuttgart waren bei der Hauptstelle für Suchtkranke und -gefährdete am 31. 12. 1954 129 rauschgiftsüchtige Personen registriert. Die verhältnismäßig kleine Zahl kommt dadurch zustande, daß im Jahre 1953 diejenigen Süchtigen, die länger als 5 Jahre bei den Apothekenmeldungen nicht mehr aufgefallen waren, aus der laufenden Kartei ausgeschieden wurden. Auf diese Weise konnten die neueren Fälle intensiver betreut werden. Die früher einmal von der Hauptstelle betreuten Suchtkranken sind in einer besonderen Kartei registriert, so daß deren Unterlagen sofort greifbar sind, wenn sie erneut durch Bezug von Betäubungsmitteln auffallen sollten. In der laufenden Kartei befinden sich 69 Männer und 50 Frauen. An Hand der Statistik vom 31. 12. 1954 ergab sich bei Betrachtung dieser Fälle unter soziologischen Aspekten folgendes Bild:

15,9% der Männer gehören dem ärztlichen Stand, 2,9% dem Zahnärzteberuf an, 6% arbeiten als ärztliches Hilfspersonal, 1,4% als Pflegepersonal. Der Anteil der Kaufleute und Angestellten beträgt 8,7%, der der Arbeiter und Handwerker 7,1%; freie Berufe sind mit 21,7%, Kriegsbeschädigte und Invaliden mit 24,6%, Pensionäre und Rentner mit 1,4% vertreten. Unter den Frauen sind 62% als Hausfrauen registriert, 12% als Angestellte, 10% als frei beruflich Tätige, 4% als Ärztinnen, 2% als Pflegepersonal und Handwerker. Faßt man Männer und Frauen zusammen, so gehören nach der Stuttgarter Statistik 19,9% der Rauschgiftsüchtigen dem ärztlichen Stand an, 33,2% üben ein medizinisches Gewerbe aus. Angehörige des Apothekerstandes sind in den letzten Jahren in Stuttgart als rauschgiftsüchtig nicht bekannt geworden.

Von Pohlisch stellte 1926 eine Statistik auf, nach der unter den Morphinisten 30% ein medizinisches Gewerbe und 10% den ärztlichen Beruf ausübten. Schwarz wies unter den Süchtigen, die zwischen 1945 und 1950 in 6 Universitätsnervenkliniken Ostdeutschlands aufgenommen waren, sogar einen zwischen 30 und 65% schwankenden Anteil von Ärzten nach. Aus diesen Zahlen kann geschlossen werden, daß der leichte Zugang zu derartigen Mitteln offenbar die Entstehung der Sucht begünstigt, vorausgesetzt, daß bei den Betreffenden eine in der Persönlichkeitsstruktur begründete Disposition zur Sucht vorhanden ist. Bezüglich des Alters sind das dritte und vierte Lebensjahrzehnt bei Männern und Frauen gleichmäßig am stärksten unter den Süchtigen vertreten. Es folgt das fünfte Lebensjahrzehnt, während der Anteil der Süchtigen zwischen 20 und 30 Jahren und über 60 Jahren wesentlich geringer ist.

In den eben erwähnten Zahlen sind nur diejenigen Süchtigen enthalten, die ein dem Opiumgesetz unterstelltes Medikament einnehmen, da eine Erfassung Süchtiger, die keine ausgesprochenen Betäubungsmittel anwenden, kaum möglich ist. Die eigentlichen Opiate spielen heute für die Süchtigen nicht mehr die beherrschende Rolle wie etwa vor 20 Jahren. Synthetische Präparate, deren suchtmachende Wirkung im allgemeinen zunächst verkannt wird, werden von den Süchtigen in den letzten Jahren bevorzugt. Es begann 1939 mit dem Dolantin, bei dem nach etwa einem Jahr die ersten Fälle von Sucht mitgeteilt wurden und das dann, solange es im Handel frei und später nur noch mit Rezept käuflich war, zeitweise unter den von Süchtigen begehrten Mitteln an die erste Stelle rückte. Es folgte das Polamidon, das auch unter den Namen Butalgin und Methadon im Handel ist. Die Wirkung dieses Mittels wurde immer wieder geprüft. Nachdem es bereits jahrelang im Handel war, konnte erwiesen werden, daß es sich um ein ausgesprochenes Suchtmittel handelt.

An Hand eines Beispieles soll gezeigt werden, wie es bei einem Patienten zur Polamidonsucht gekommen ist:

> Es handelt sich um eine jetzt 44 Jahre alte Ärztin. Sie hatte im Jahre 1945 eine Typhuserkrankung durchgemacht, an die sich eine schwere langdauernde Colitis angeschlossen hatte. Damals hatte sie zunächst auf ärztlich-klinische Verordnung Morphium bekommen und war süchtig geworden. Durch eine längere Entziehungskur wurde sie entwöhnt. Danach war sie mehrere Jahre frei von Betäubungsmitteln geblieben. Anläßlich einer langwierigen und sehr schmerzhaften Zahnerkrankung wandte sie dann im Jahre 1950 das damals noch nicht rezeptpflichtige Polamidon, das ihr als schmerzlinderndes, aber nicht suchterregendes Mittel bekannt war, an. Schon nach relativ kurzer Zeit bemerkte sie, daß es ihr mit dem Polamidon nicht anders als mit Morphium erging, weshalb sie sich sofort einer freiwilligen Entziehungskur in der geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik unterzog.

Dieser Fall steht nicht vereinzelt da. Es könnten in diesem Zusammenhang noch weitere Beispiele angeführt werden.

Ähnlich ist es übrigens — es sollen nur die geläufigsten Mittel erwähnt werden — mit Cliradon und Dromoran. Diese Medikamente wurden durch die Zusatzverordnung zum Opiumgesetz vom 16. 6. 1953 in die Liste der Betäubungsmittel aufgenommen. Seit dieser Zeit sind aber durch die pharmazeutische Industrie eine Reihe von neuen Mitteln in den Handel gebracht worden, von denen bereits heute gesagt werden kann, daß auch sie für die Suchtanfälligen eine große Gefahr darstellen, z. B. das zur Zeit als Entfettungs- und Anregungsmittel sehr angepriesene und vielgekaufte Preludin. Man kann immer wieder die Beobachtung machen, daß Süchtige derartige im Handel frei erhältliche Mittel rasch ausfindig machen und zur Anwendung bringen. Auch die Ausbreitung der Schlafmittelsucht hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, ohne daß eine gesetzliche Handhabe zur Erfassung und damit auch zur Eindämmung dieser Sucht gegeben wäre.

Nach der Statistik vom 31. 12. 1954 wurden von den Süchtigen folgende Medikamente eingenommen:

Morphium	von	29
Dolantin	„	16
Polamidon	„	15
Dilaudid	„	16
Eukodal	„	12
Pervitin	„	8
Cliradon	„	7
Total		103

Die übrigen 26 registrierten Suchtkranken haben Acedicon, Codein, Dicodid, Tinct. opii, Pantopon, Scophedal, Phanodorm und Isophen eingenommen. Ein Kranker hatte seine Sucht mit Marihuana befriedigt.

Knud O. Møller, einer der besten Kenner der Rauschgiftsucht, betont, daß nach seiner Erfahrung 60% aller Süchtigen mehrere Mittel anwenden. Diese Erfahrung hat sich am Stuttgarter Material nicht bestätigen lassen, sofern man davon absieht, das Nicotin als zusätzliches Suchtmittel zu bezeichnen. Es hat nur ein Süchtiger regelmäßig zwei Mittel (Dilaudid und Eukodal) kombiniert eingenommen.

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, daß dem Amtsarzt aus den verschiedensten Gründen nur eine unvollständige Erfassung der Süchtigen möglich sein kann. Der Hauptgrund liegt in der Natur der Süchtigen, die es vortrefflich verstehen, längere Zeit — auch wenn sie Mittel anwenden, die dem Opiumgesetz unterstellt sind — unerkannt zu bleiben. Ein weiterer nicht weniger gewichtiger Grund ist in der Vielfalt der Medikamente zu suchen, mit denen uns heute die pharmazeutische Industrie überschüttet und bei denen sich meist erst nach längerem Gebrauch eine suchtmachende Wirkung herausstellt. Es sei noch einmal auf das Polamidon verwiesen, das bereits 1943 in den Handel kam, aber erst 1953 dem Opiumgesetz unterstellt wurde. Selbstverständlich wird der Amtsarzt auch die Süchtigen betreuen, die nicht unter das Opiumgesetz fallende Mittel angewendet haben, sofern ihm solche Fälle bekannt werden. Die Zahl dieser Fälle wird aber stets sehr klein sein.

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Apothekern und Rauschgift-Sachbearbeitern der Kriminalpolizei einerseits und dem Amtsarzt andererseits ist in Stuttgart sehr gut. Insbesondere erweist sich die Zusammenarbeit zwischen Kriminalpolizei und Gesundheitsamt immer wieder als sehr fruchtbar. Die Meldung der bei der Kriminalpolizei anhängigen Fälle ist für den Amtsarzt wertvoll, vor allem dann, wenn der Verdacht besteht, daß sich die Süchtigen bereits gegen das Opiumgesetz vergangen haben. Andererseits kann der Amtsarzt, sofern es sich um die Klärung medizinischer Fragen handelt, die Rauschgiftdezernenten der Kriminalpolizei beraten. In diesem Zusammenhang ist z. B. an den § 6 der Betäubungsmittelverordnung vom 19. 12. 1930 zu denken, in dem es heißt, daß die Arzneien von Ärzten, Zahnärzten oder Tierärzten nur dann verschrieben werden dürfen, wenn die Anwendung des Betäubungsmittels ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich begründet ist.

Ist ein Süchtiger beim Gesundheitsamt erfaßt, dann wird zunächst persönlicher Kontakt, der sich am besten durch ein zwangloses Gespräch zwischen Arzt und Patient herstellen läßt, aufgenommen. Bei dieser ersten Unterredung gilt es festzustellen, welche Ursachen der Süchtigkeit zugrunde liegen. Wichtig ist vor allem das Erkennen einer etwa vorliegenden organischen Grundkrankheit, die den Bezug von Betäubungsmitteln für den Süchtigen medizinisch rechtfertigt. Es gibt Krankheitszustände, z. B. bösartige Geschwülste im Endstadium oder sehr schmerzhafte Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei denen der praktische Arzt ohne stark wirkende Betäubungsmittel nicht

auskommt und die Verschreibung solcher Medikamente ärztlich indiziert ist. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß manche Ärzte mit der Verabreichung von Betäubungsmitteln leider sehr freigebig sind, insbesondere dann, wenn die Ärzte selbst süchtig sind.

Der deutsche Ärztetag 1955 wies in seinen Leitsätzen über die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung ausdrücklich darauf hin, daß diese Mittel häufiger als unbedingt notwendig verordnet werden. Die Ärzte in Praxis und Krankenhaus, so heißt es weiter in der Veröffentlichung im Südwestdeutschen Ärzteblatt, müssen sich ständig der hohen Verantwortung bewußt sein, die mit jeder Verschreibung von Betäubungsmitteln verbunden ist. Es kommt nicht selten vor, daß Süchtige Klage darüber führen, daß die behandelnden Ärzte durch allzu leichtfertige Verschreibung stark wirkender Betäubungsmittel die Entstehung ihrer Sucht verursacht, zum mindesten aber begünstigt hätten.

Eine größere Anzahl von Süchtigen ist infolge von Kriegsverletzungen mit Suchtmitteln in Berührung gekommen, die in den Lazaretten meist sehr großzügig angewendet wurden. Es ist immer wieder die Erfahrung zu machen, daß die Süchtigen — besonders in ihren suchtfreien Intervallen — über ihre Abhängigkeit von solchen Medikamenten sehr bedrückt sind. Sie empfinden diese Tatsache oft als äußerst beschämend.

Besteht bei einem Kranken eine organische Grundkrankheit, die den Bezug von Betäubungsmitteln rechtfertigt, dann wird er — um einer Süchtigkeit, die sich stets in einer Steigerung der Dosis des angewandten Mittels anzeigt, vorzubeugen und um eine Kontrolle über ihn zu haben — auf einen Arzt und eine Apotheke festgelegt, d. h. er darf sich nur von einem Arzt ein Betäubungsmittel verordnen lassen und das Rezept nur in einer Apotheke einlösen. Wir lassen diese Kranken eine Erklärung unterschreiben, die folgenden Wortlaut hat:

> »Ich erhalte hiermit die Auflage, mir Rezepte auf Narkotika nur von einem Arzt — es folgt der Name desselben — verschreiben zu lassen und diese Rezepte nur von einer Apotheke — Name der Apotheke — beliefern zu lassen. Bei Nichtbefolgen dieser Auflage habe ich Strafverfolgung durch das Gericht zu gewärtigen gemäß §§ 3 und 10 Abs. 1 Nr. 1 des Opiumgesetzes vom 10. 12. 1929«.

Wir sind uns in Stuttgart durchaus bewußt, daß das Opiumgesetz für das von uns geübte Verfahren praktisch keine rechtliche Handhabe bietet. Der Hinweis auf die §§ 3 und 10 des Opiumgesetzes wird vermutlich einer richterlichen Nachprüfung nicht standhalten. Dennoch haben sich bisher aus dieser Handhabung keine Schwierigkeiten ergeben. In der Regel sind die Süchtigen froh und zu jedem Zugeständnis bereit, wenn ihnen nur der Bezug von Betäubungsmitteln behördlich sanktioniert wird. Der behandelnde Arzt erhält in diesen Fällen von der Verpflichtungserklärung des Kranken Mitteilung, wobei mit ihm die Höhe der vorläufig festzusetzenden Dosis vereinbart wird. In einem vertraulichen Rundschreiben wird den Apotheken gleichfalls von der getroffenen Maßnahme Kenntnis gegeben.

Zum besseren Verständnis seien zwei Beispiele angeführt:

> Der jetzt 46 Jahre alte Patient leidet seit vielen Jahren an einer multiplen Sklerose mit Lähmungserscheinungen beider Beine und zeitweilig sehr starken Schmerzen im Bereich der linken Rumpfhälfte. In der letzten Zeit hat sich zu den bisherigen Erscheinungen noch eine äußerst schmerzhafte und schwer zu beeinflussende Trigeminus-Neuralgie hinzugesellt. Dieser Kranke erhält, festgelegt auf einen Arzt und eine Apotheke, seit mehreren Jahren Scophedal; sein Medikamentenverbrauch ist in der ganzen Zeit nahezu gleich geblieben.
>
> Die 58 Jahre alte Frau E. leidet seit 1951 an einer schweren Gelenkerkrankung, die bereits zu einer völligen Verkrüppelung der Frau geführt hat. Auch ihr wurde der Bezug von Betäubungsmitteln (Eukodal) mit der oben erwähnten Einschränkung gewährt. Eine Steigerung der Dosis war bis jetzt zur Linderung der Schmerzen bei Frau E. nicht nötig.

Von einer Entwöhnung solcher Süchtigen wird in der Regel abgesehen. Der Amtsarzt darf aber diese Kranken nicht aus den Augen verlieren, da bei längerem Gebrauch der Medikamente eine Gewöhnung eintreten kann und dann die Dosis u. U. erheblich gesteigert werden muß, wenn die schmerzstillende Wirkung noch erreicht werden soll. In diesen Fällen müssen die Kranken, obwohl eine Berechtigung zum Bezug von Betäubungsmitteln vorliegt, einer Entziehungskur zugeführt werden, die dem behandelnden Arzt die Möglichkeit verschaffen soll, nach Durchführung der Entziehungskur wieder mit kleineren Dosen auszukommen, Møller schreibt in seinem Buch »Rauschgifte und Genußmittel« (Benno Schwabe u. Co. Verlag Basel, 1951): »Solche Patienten müssen bisweilen trotz allem zur Entwöhnung eingewiesen werden, weil das Linderungsmittel schlimmer als die Krankheit selbst geworden ist«.

Folgendes Beispiel möge dies veranschaulichen:

Der vor kurzem verstorbene 50 Jahre alt gewordene Patient litt an einer Tabes dorsalis, die mit heftigen krisenartigen Schmerzen einhergegangen war. Um seinen Beruf als Versicherungsbeamter ausüben zu können, benötigte der Patient immer wieder Dilaudid-Atropin in starker Dosis. In den ersten Jahren kam er mit einer verhältnismäßig kleinen Menge aus. Dann aber ergab sich, daß eine Gewöhnung an das Mittel eingetreten war. Die Dosis mußte mehr und mehr gesteigert werden. Es kam sehr rasch zu einem körperlichen Verfall, der zwar teilweise durch die Grundkrankheit, vorwiegend aber durch den hohen Verbrauch an Betäubungsmitteln bedingt war. In diesem Fall wurde der Patient einer Entziehungskur zugeführt mit dem Erfolg, daß er nach Beendigung derselben längere Zeit wieder mit wesentlich niedrigeren Dosen auskam, bis dann erneut eine Gewöhnung an das Medikament eingetreten war und eine Wiederholung der Entziehungskur notwendig wurde.

Weit größere Schwierigkeiten machen in der Betreuung diejenigen Kranken, die im engeren Sinne als süchtig zu bezeichnen sind. Bei ihnen ist der Bezug von Betäubungsmitteln nicht gerechtfertigt und ärztlich nicht indiziert. Auch diese Menschen haben meist anläßlich einer mit Schmerzen einhergehenden Erkrankung, z. B. einer Gallen- oder Nierenkolik, mit einem Betäubungsmittel Bekanntschaft gemacht; seltener sind die Fälle, in denen sie aus reiner Neugierde oder durch andere verführt, an diese Mittel, die ihnen zum Verhängnis werden, geraten und von ihrer Anwendung nicht mehr frei kommen.

Dem betreuenden Arzt drängt sich immer wieder die Frage auf, weshalb die Verabreichung ein und desselben Mittels den einen Menschen süchtig werden läßt, den anderen dagegen nicht. Die Gründe liegen nicht in der schmerzstillenden Wirkung dieser Mittel, sondern sind in der Persönlichkeit des Süchtigen selbst zu suchen. Die Süchtigen sind vorwiegend auch schon vor Entstehung ihrer Sucht weiche und haltschwache Persönlichkeiten, die mit den Schwierigkeiten des Lebens nicht fertig werden. Durch die Anwendung der Droge können sie sich in einen Zustand versetzen, in dem ihnen das Dasein leichter erscheint. Von Gebsattel erklärt, daß der Süchtige eine Zustandsänderung seines Daseins suche: »Er will«, so sagt er, »das Selbstbewußtsein, das er als Bürde und Überforderung empfindet, los sein, er will sich selbst anders und an anderer Stelle fühlen als sonst, er will sich der unerbittlichen Kontinuität des Bewußtseins entziehen und sich selbst nicht mehr fühlen«. Treffend charakterisiert auch Burkhard in seinem Referat über die Suchtproblematik den Suchtkranken, wenn er schreibt: »Der Süchtige ist ein Mensch, der nicht aushalten kann«.

Die Anamnesen dieser Kranken haben bezüglich ihrer Suchtgeschichte viel Gemeinsames. Meist bleiben sie in den ersten Jahren ihrer Sucht unerkannt, weil sie es meisterhaft verstehen, den behandelnden Ärzten eine Krankheit, die die Verordnung von Betäubungsmitteln notwendig erscheinen läßt, vorzutäuschen.

Auch hierfür ein Beispiel:

Der jetzt 34 Jahre alte Patient erlitt während des Krieges eine Kopfverletzung. Er lag damals im Lazarett längere Zeit zusammen mit Hirnverletzten und hatte dort Gelegenheit, häufig epileptische Anfälle bei anderen Kranken zu sehen. Ursprünglich war ihm vom Versorgungsamt wegen seiner Kopfverletzung eine Rente zuerkannt worden, zumal nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, daß keine Hirnverletzung stattgefunden hatte. Später wurde ihm die Rente auf Grund sehr eingehender klinisch-neurologischer Untersuchungen, bei denen nachgewiesen werden konnte, daß eine Hirnverletzung nicht vorgelegen hatte, entzogen. Um wieder in den Genuß der Rente, die für ihn eine Existenzgrundlage geworden war, zu kommen, simuliert er epileptische Anfälle. Er geht dabei sogar so weit, daß er nicht davor zurückschreckt, beim Sturz auch Verletzungen mit in Kauf zu nehmen. Er wird dann — die Anfälle treten vorwiegend auf der Straße auf — jeweils von Passanten zu einem in der Nähe wohnenden Arzt gebracht, dem er dann erklärt, er sei Hirnverletzter und leide an epileptischen Anfällen, die nur durch Verabreichung von Scophedal wirksam bekämpft werden könnten. Die meisten Ärzte verabreichen ihm dann die gewünschte Injektion.

Solche Beispiele ließen sich in beliebiger Zahl vermehren. Meist sind es Gallen- oder Nierenkoliken, die die Kranken den Ärzten sehr geschickt vorzutäuschen verstehen. Da die Süchtigen zu Beginn der Sucht mit verhältnismäßig kleinen Dosen auskommen, fallen sie auch bei den Apotheken durch den Bezug von Betäubungsmitteln nicht weiter auf. Allmählich geraten die Kranken jedoch, insbesondere wenn geringe Dosen zur Befriedigung der Sucht nicht mehr ausreichen, auf Abwege. Zunächst versucht es der Süchtige mit verschiedenen Tricks, bei denen er z. T. mit dem schlechten Erinnerungsvermögen der vielbeschäftigten Ärzte rechnet. Die Täuschungsmanöver, deren sich der Süchtige bedient, sind in der Regel ziemlich plump. Der erfahrene Arzt kennt sie. So gibt der Suchtkranke an, er habe durch einen unglücklichen Zufall das letzte Rezept verloren oder die Flasche bzw. Ampulle sei ihm heruntergefallen und zerbrochen und dergleichen mehr. Bald wird er jedoch genötigt sein, mehrere Ärzte gleichzeitig aufzusuchen, um seinen Bedarf zu decken. Kann er auch auf diese Weise seinen Hunger nach dem Suchtmittel nicht mehr stillen und ist

es ihm, z. B. aus finanziellen Gründen, nicht möglich, sich die Mittel auf dem schwarzen Markt zu besorgen, dann geht er noch einen Schritt weiter. Vom Arzt ausgestellte Rezepte werden gefälscht, die auf dem Rezept angegebene Dosis wird in eine größere Menge abgeändert oder, wenn der Arzt nur ein harmloses Analgetikum verordnet hat, ein Betäubungsmittel dem Rezept hinzugefügt. Ist der Süchtige einmal so weit, dann wagt er auch noch den nächsten Schritt. Er entwendet in der Sprechstunde des Arztes Rezeptformulare und stellt sich die Rezepte selbst, in der Regel auf fingierte Namen mit gefälschter Unterschrift aus und versieht sie mit einem Arztstempel, den er sich verhältnismäßig leicht und billig verschaffen kann. Sobald der Suchtkranke auf diese abschüssige Bahn geraten ist, ist seine Entdeckung früher oder später unvermeidlich.

Welche Möglichkeiten stehen dem Amtsarzt bei solchen Süchtigen, bei denen eine Notwendigkeit zum Bezug von Betäubungsmitteln nicht vorliegt, zur Verfügung? In allen derartigen Fällen kommt nur die Durchführung einer Entziehungskur in der geschlossenen Abteilung einer Fachklinik in Betracht. Süchtige, die bereits bei der Kriminalpolizei oder der Staatsanwaltschaft wegen eines Vergehens gegen das Opiumgesetz behandelt wurden, erklären sich in der Regel rasch zur Durchführung einer Entziehungskur bereit, da sie eine gerichtliche Einweisung wegen der längeren Dauer des Klinikaufenthaltes fürchten. Es ist jedoch sehr fraglich, ob in solchen Fällen eine freiwillige Entziehungskur wünschenswert ist. Denn es ist bekannt, daß Entziehungskuren auf freiwilliger Basis stets zu kurz sind. Meist verlassen die Suchtkranken nach Ablauf von 3 oder höchstens 4 Wochen die Klinik. Sie sind dann zwar im Augenblick der Entlassung frei von Betäubungsmitteln, kommen auch in der Regel bis zum Abschluß des gerichtlichen Verfahrens, wenn sich dasselbe nicht allzu lange hinzieht, ohne Betäubungsmittel aus, doch werden die meisten von ihnen bald danach wieder rückfällig. Nicht anders verhält es sich mit Süchtigen, die im Zeitpunkt der Erfassung durch das Gesundheitsamt mit dem Gesetz noch nicht in Konflikt gekommen sind. Im allgemeinen sind diese Suchtkranken schwerer von der Notwendigkeit der Durchführung einer Entziehungskur zu überzeugen. Aber auch bei diesen Kranken fragt es sich, ob die Durchführung einer freiwilligen Entziehungskur zweckmäßig ist oder ob es nicht besser wäre, sie in jedem Falle zwangsweise einer Entziehungskur zuzuführen. Einige psychiatrische Kliniken in Baden-Württemberg nehmen aus den geschilderten Gründen bereits Kranke, die sich freiwillig einer Kur unterziehen wollen, gar nicht mehr auf. Durch das im Mai d. Js. in Kraft getretene Landesgesetz kann nunmehr auch der Amtsarzt in Württemberg — Baden hatte bereits ein Irrenfürsorgegesetz — die zwangsweise Einweisung eines Suchtkranken in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus veranlassen. In allen Fällen, in denen der Süchtige schon mit dem Gesetz in Konflikt gekommen ist, dürfte jedoch eine gerichtliche Einweisung nach § 42b oder c StGB bzw. nach § 126a StPO zweckmäßiger sein, um dem Süchtigen mit dieser Anordnung zu zeigen, daß die Durchführung der Entziehungskur in unmittelbarem Zusammenhang mit seinem Vergehen gegen das Opiumgesetz steht. In dieser Beziehung lassen uns aber die Gerichte meist im Stich. Zwar wären die Richter bereit, eine Unterbringung des Kranken, z. B. nach § 42b StGB, anzuordnen, wenn im Zeitpunkt der Hauptverhandlung noch eine Betäubungsmittelsucht bei ihm vorläge. Dies ist aber meistens nicht mehr der Fall, weil er sich vor der Verhandlung in der Regel einer kurzen Entziehungskur unterwirft und dadurch vorübergehend ohne Suchtmittel auskommt. Der Amtsarzt, der als Sachverständiger bei der Verhandlung zugegen ist, muß sich dann in seinem Gutachten dahingehend äußern, daß der Betreffende zwar süchtig gewesen ist, daß aber nunmehr eine Betäubungsmittelsucht nicht mehr vorliegt. Erfahrungsgemäß wird der Suchtkranke bald nach der Verhandlung wieder rückfällig werden. Auch für die weitere Betreuung kriminell gewordener Süchtiger wäre für den Amtsarzt eine Unterstützung durch das Gericht von großem Vorteil, aber auch hier scheinen die Gerichte sehr zurückhaltend zu sein. Nach §§ 23ff StGB können einem Süchtigen nur dann Auflagen, z. B. regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch das Gesundheitsamt, Forderung einer Quarantäne in einer Klinik in bestimmten Abständen und für eine gewisse Dauer, gemacht werden, wenn seine Strafe zur Bewährung ausgesetzt ist.

Bei der Haltschwäche der Süchtigen sind gerichtliche Zwangsmaßnahmen mehr als bisher notwendig; denn jede Abmachung mit einem Suchtkranken, die auf dessen Freiwilligkeit beruht, wird in den meisten Fällen zu keinem Ziel führen. Der Amtsarzt könnte wesentlich mehr erreichen, wenn ihm ein Gerichtsbeschluß vorliegen würde, in dem eine Kontrolle des Süchtigen durch das Gesundheitsamt zur Pflicht gemacht wird. Ohne einen solchen Beschluß kann der Amtsarzt den Süchtigen zwar auch zur Kontrolluntersuchung zu sich bestellen, es gibt jedoch nur wenige Suchtkranke, insbesondere bei den Rückfälligen, die dieser Aufforderung Folge leisten. Es ist aber klar, daß sich der Amtsarzt gerade um die Süchtigen, die sich seiner Kontrolle zu entziehen versuchen, besonders bemühen muß.

Eine besonders schwierige Aufgabe für den Amtsarzt ist die Betreuung der süchtigen Ärzte, die — wie schon eingangs erwähnt wurde — auch in der Verordnung von Betäubungsmitteln für die ihnen anvertrauten Patienten sehr großzügig sind. In Stuttgart bestehen zwei parallel geschaltete Institutionen zur Betreuung süchtiger Ärzte. Die Ärztekammer Nordwürttemberg hat einen in Stuttgart niedergelassenen Nervenarzt mit dieser Tätigkeit beauftragt; nebenher läuft die Betreuung durch den Amtsarzt. Die Maßnahmen seitens des Gesundheitsamts gegenüber süchtigen Ärzten beschränken sich in der Regel auf die Forderung einer Gegenzeichnung der von diesen Ärzten ausgestellten Betäubungsmittelrezepte. Selbstverständlich wird auch versucht, die Ärzte zur Durchführung einer Entziehungskur zu bewegen. Vergleicht man die von uns ergriffenen Maßnahmen gegenüber süchtigen Ärzten z. B. mit denen in Berlin, so muß man sagen, daß die Berliner Gesundheitsbehörde, und m. E. auch zu Recht, wesentlich schärfer gegen die süchtigen Ärzte vorgeht. In Berlin, vor allem in Ost-Berlin, ist süchtigen Ärzten die Verschreibung von Betäubungsmitteln überhaupt verboten. Auch ist die Ost-Berliner Gesundheitsbehörde rasch bei der Hand, süchtigen Ärzten die Ausübung der Praxis zu untersagen.

Es wurde bereits ausgeführt, daß der Ursprung der Sucht und die Disposition zur Süchtigkeit in der Wesensstruktur des einzelnen zu suchen ist, weshalb auch die prognostische Beurteilung in bezug auf eine Dauerheilung in den meisten Fällen ungünstig ist. Über dieser Tatsache dürfen wir aber nicht vergessen, daß bei der Entstehung der Sucht nicht selten auch widrige äußere Umstände und Schwierigkeiten als auslösende Faktoren mitwirken. Einige Autoren, die sich sehr intensiv mit dem Suchtproblem auseinandergesetzt haben, betrachten die Sucht vorwiegend unter soziologischen Aspekten. Hierin dürfte auch für den Amtsarzt ein wichtiger Ansatzpunkt für die Betreuung der Süchtigen gegeben sein. Seine Aufgabe soll es sein, festzustellen, ob bei den Süchtigen etwa berufliche Schwierigkeiten oder Unstimmigkeiten innerhalb der Familie bestehen, ob enge und schlechte Wohnverhältnisse, Zwistigkeiten mit Vermietern oder Untermietern vorhanden sind, die das Entstehen einer Sucht begünstigen u. a. m. Unterstützt der Amtsarzt den Süchtigen in der Lösung solcher Probleme, dann leistet er ihm gute Dienste. Besondere Aufmerksamkeit muß der Amtsarzt dem Süchtigen auch dann zuwenden, wenn sich dieser, sei es freiwillig oder zwangsweise, einer Entziehungskur unterzieht. So sollte er Sorge dafür tragen, daß der Süchtige nach Entlassung aus der Klinik daheim geordnete Verhältnisse vorfindet, auch sollte er sich darum bekümmern, daß der Suchtkranke nach Entlassung aus der Klinik sofort wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert wird; denn nichts ist für den Süchtigen verderblicher als Langeweile und Nichtstun. Um sich rechtzeitig und wirksam einschalten zu können, ist es notwendig, daß der Amtsarzt in ständiger Fühlung mit den Krankenanstalten steht, in denen Süchtige aufgenommen sind, um von ihnen frühzeitig über den Entlassungstermin unterrichtet zu werden. Vor Antritt der Entziehungskur hat der Amtsarzt gelegentlich auch dafür zu sorgen, daß die Kostenübernahme für die Kur, sei es von einem Krankenkassenverband oder dem Sozialamt, gewährleistet ist.

Zum Abschluß sei kurz folgendes zusammengefaßt:

1. Eine Erfassung möglichst vieler Süchtiger ist nur durch enge Zusammenarbeit derjenigen Stellen, die mit Süchtigen in Berührung kommen, möglich.
2. Die Überschwemmung des Arzneimittelmarktes mit neuen Präparaten ist eine große Gefahr für die Süchtigen. Sie erschwert die Arbeit der mit der Süchtigenbetreuung beauftragten Stellen, da sich unter den neuen Präparaten immer wieder suchterregende Mittel befinden.
3. Eine intensivere Unterstützung durch die Gerichte würde den Amtsärzten ihre Tätigkeiten bei allen kriminell gewordenen Süchtigen wesentlich erleichtern.
4. Die Betreuung der Süchtigen durch die Amtsärzte erstreckt sich — abgesehen von einer ständigen Belehrung der Suchtkranken — auf eine wirksame Unterstützung bei der Ausschaltung äußerer, die Sucht begünstigender Faktoren.

Die Bekämpfung der Rauschgiftsucht und die Betreuung der Süchtigen durch den Amtsarzt ist eine sehr schwierige und oft auch unbefriedigende Aufgabe, der er sich jedoch im Interesse des Volksganzen nicht entziehen darf. Es geht nicht an, sich auf den Standpunkt des »laisser faire, laisser aller« zu stellen. Gewiß ist der einzelne Süchtige nicht als gemeingefährlich zu bezeichnen, aber die Rauschgiftsucht an sich stellt eine Gefahr dar oder kann zu einer solchen werden, wenn sie nicht mit allen Mitteln bekämpft wird.

Behandlung der Rauschgifte in der Apothekenpraxis

(Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt und Kriminalpolizei)

Apotheker Dr. Becker, Vorsitzender der Landesapothekerkammer Hessen, Zweigstelle Wiesbaden

Der Begriff »Rauschgift« umfaßt ein großes Gebiet physiologisch in diese Richtung zielender Drogen und Substanzen, deren Beurteilung durch den Gesetzgeber sehr verschieden ist. Es würde über den Rahmen dieser Darstellung hinausgehen, wenn Stoffe wie Fliegenpilz, Bilsenkraut oder Meskalin, die zwar auch als Rauschgifte bezeichnet werden können, hier behandelt würden. Daher soll das Thema folgendermaßen beschränkt werden: Wie handhabt der Apotheker die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. 12. 1930 (VVO) einschließlich ihrer Ergänzungen?

Die VVO gliedert sich in

I. Geltungsbereich der Verordnung
II. Das Verschreiben Betäubungsmittel (Btm) enthaltender Arzneien
III. Die Abgabe Betäubungsmittel enthaltender Arzneien
IV. Nachweis des Verbleibs der Betäubungsmittel
V. Inkrafttreten, Übergangsbestimmungen.

An Hand eines konkreten Beispiels, also eines in der Apotheke von einem Kranken abgegebenen, auf Btm ausgestellten Rezeptes, soll erläutert werden, auf welche Besonderheiten der Apotheker achten muß, um dem Gesetz Genüge zu tun.

1. Der Kopf des Rezeptes sagt aus über den Namen des Verordnenden und über die Art der Ausübung seines Berufes, d. h. ob er Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ist. Nur approbierte Ärzte dürfen Btm verschreiben. Auch besteht ein Unterschied hinsichtlich der Verschreibung für den Praxisbedarf zwischen Arzt, Zahnarzt und Tierarzt; denn ein Zahnarzt ist nicht befugt, Btm (ausgenommen Kokain) für den Praxisbedarf aufzuschreiben.

2. Beim Wohnort des Arztes ist darauf zu achten, daß sich dieser innerhalb der Grenzen der Bundesrepublik befinden muß. Verordnungen ausländischer Ärzte dürfen nicht ohne weiteres beliefert werden. In einer Stellungnahme des Innenministers von Baden-Württemberg (Erlaß vom 15. 5. 1954) wird festgestellt, daß Apotheker auf Verordnungen ausländischer Ärzte grundsätzlich kein Btm abgeben dürfen, da die im Ausland approbierten Medizinalpersonen nicht Ärzte gemäß § 2 der Bestallungsordnung für Ärzte sind. Für den kleinen Grenzverkehr gelten gewisse Erleichterungen. Hierzu hat das Reichsgesundheitsamt am 30. 7. 1931 entschieden: »Es gilt als selbstverständlich, daß sich die Ärzte bei der Ausübung ihres Berufes in den in der Nähe der Grenze gelegenen Orten des anderen Landes den dort in dieser Beziehung geltenden Gesetzen zu unterwerfen haben«.

Bei Rezepten von Ärzten aus der Ostzone bestehen in der Belieferung nur Bedenken, wenn der VVO nicht entsprochen wird. Hierüber liegt eine Bekanntmachung des Regierungspräsidenten in Lüneburg vom 7. 3. 1951 vor, wonach eine besonders sorgfältige Prüfung der Rezepte durch den Apotheker vorgenommen werden soll und im Falle der Vorschriftswidrigkeit die Polizei sofort zu verständigen ist. Die Schärfe dieser Forderung hängt damit zusammen, daß Ermittlungen die Ausstellung solcher Rezepte durch nichtapprobierte Ärzte ergeben haben. Es ist anzuraten, solche Rezepte erst nach Genehmigung durch das zuständige Gesundheitsamt zu beliefern.

3. Das Datum ist zu beachten. Vordatierte Rezepte sind von der Belieferung ausgeschlossen. Rezepte, die länger als 5 Tage zurückliegen, dürfen dann nicht beliefert werden, wenn der Arzt in besonderen Fällen die Tageshöchstmenge überschritten hat.

4. Auf einem Rezept darf für einen Tag und für einen Patienten nur ein Btm verordnet werden. Für den Praxisbedarf gilt das gleiche. Krankenanstalten nehmen eine Sonderstellung ein.

5. Die Menge des verordneten Mittels ist als sog. Höchstmenge vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Deren Überschreitung ist nur für einige wenige Btm möglich. Sie muß vom Arzt besonders gekennzeichnet und registriert werden, wobei auf dem Rezept die Worte »eingetragene Verordnung« zu vermerken sind. Die Menge muß auf einmal abgegeben werden.

6. Jede Btm-Verschreibung muß eine Gebrauchsanweisung enthalten. Hierfür wurde in der VVO die »ausdrückliche Gebrauchsanweisung« gefordert. Diese etwas unglückliche und unklare Formulierung wurde durch die Verordnung vom 16. 6. 1953 dahingehend abgeändert, daß aus der Gebrauchsanweisung »die Einzelgabe und die Häufigkeit ihrer Anwendung ersichtlich sein muß«. Es muß sich daher aus der Gebrauchsanweisung ergeben, ob die sog. Maximaldosis eingehalten wurde, d. h. die normale höchste Einzeldosis oder Tagesdosis zur Anwendung am menschlichen Körper. Eine Überschreitung der Dosis ist, wenn es vom Arzt für erforderlich erachtet wird, möglich. Doch hat der Arzt in diesem Falle die Überschreitung durch Ausschreiben der Zahl in Buchstaben oder durch Ausrufungszeichen kenntlich zu machen. Die Maximaldosis ist nach der VVO ein anderer Begriff als der der Tageshöchstmenge.

7. Der Name des Kranken muß als ausgeschriebener Vor- und Zuname mit genauer Wohnungsangabe enthalten sein. Die Adressenangabe erleichtert die Überwachung von Süchtigen. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, daß das zuständige Gesundheitsamt den Apotheken eine Liste zugänglich macht, aus der die Namen der z.Z. unter Überwachung stehenden Personen, der Name des behandelnden Arztes und der Name der für die Belieferung dieser Person zuständigen Apotheke hervorgehen, evtl. auch der Vermerk, daß eine Belieferung nur nach Gegenzeichnung des Gesundheitsamtes vorgenommen werden darf. Die Adresse ist auch dann von Bedeutung, wenn einer Apotheke ein Rezept auf dem Postwege mit der Bitte um Übersendung zugänglich gemacht wird. Nach § 23 VVO ist es einer Apotheke nur dann gestattet, Btm enthaltende Arzneimittel über den Niederlassungsort der Apotheke hinaus zu versenden, wenn sie zu den dem Bestimmungsort nächstgelegenen zehn Apotheken gehört. An diese Bestimmung haben sich auch Krankenhäuser zu halten, deren Belieferung durch sog. Versandapotheken geschieht. Es kommt in der Praxis häufig vor, daß der Arzt in Eile oder aus anderen Gründen die Wohnung des Kranken auf dem Rezept nicht aufführt. In einem solchen Falle ist der Apotheker nicht verpflichtet, die Belieferung der Verschreibung abzulehnen (§ 21 Abs. 5 VVO).

8. Die Unterschrift des Arztes hat seinen voll ausgeschriebenen Namen zu tragen, darf nicht abgekürzt sein und auch nicht aus einem Faksimile-Stempel bestehen. Im übrigen muß die gesamte Verschreibung handgeschrieben mit Tinte oder Tintenstift vorgenommen werden.

Wenn die Verschreibungsweise Mängel enthält und der Überbringer der Verschreibung glaubhaft versichert, daß ein dringender Notfall vorliegt, der die unverzügliche Anwendung der Arznei erforderlich macht, darf das Rezept beliefert werden (§ 21 Abs. 6 VVO). In diesem Falle darf jedoch nur bis zu der Menge abgegeben werden, die im § 9 Abs. 1 VVO zugelassen ist.

Eine wichtige, doch für den Apotheker sehr heikle Vorschrift der VVO (§ 6) besagt, daß eine Verschreibung von Btm nur dann vorgenommen werden darf, wenn sie ärztlich begründet ist. Die VVO legt dem Apotheker nicht die Verpflichtung der Nachprüfung auf. Dennoch bejaht ein vom Kammergericht am 30. 4. 1952 erlassenes Urteil die Straffälligkeit des Apothekers dann, wenn er Btm enthaltende Arzneien in Kenntnis der Tatsache abgibt, daß der Arzt eine Verschreibung unter Verletzung der Regeln der ärztlichen Wissenschaft mißbräuchlich oder aufs Geratewohl vornimmt. Diese Auffassung vertritt auch das Sozialministerium des Landes Nordrhein-Westfalen in dem Rundschreiben vom 8. 8. 1950 an die Landesapothekerkammern, in dem es als Pflicht der Apotheken bezeichnet wird, den zuständigen Kreisarzt dann vertraulich zu unterrichten, wenn in auffallend kurzen Abständen oder gar täglich Btm-Verschreibungen für den Praxisbedarf eines Arztes vorliegen. Hier dürfte dem ohnehin schon ängstlich auf genaue Einhaltung der Vorschriften der VVO bedachten Apotheker, der eher eng- als weitherzig zu handeln bestrebt ist, eine Pflicht zugemutet werden, für die keine gesetzliche Grundlage gegeben ist. Im Gegenteil, ihre Befolgung dürfte einen Verstoß gegen § 300 StGB (Bruch des Berufsgeheimnisses) darstellen. Anders verhält es sich mit einer Bekanntmachung des Hessischen Ministers des Innern vom 28. 7. 1952, nach der ein Apotheker etwa neun Monate hindurch erkennbar gefälschte Rezepte belieferte. Der Hessische Minister des Innern formuliert sehr treffend: »Die Strafbarkeit ist auch bei fahrlässiger Begehung gegeben. Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande ist und infolgedessen

den eingetretenen Erfolg nicht vorausgesehen hat, obwohl er ihn voraussehen konnte«. Er fährt fort: »Ich bitte, die Apotheken nachdrücklichst darauf hinzuweisen, sich vor Belieferung mit Btm mit dem verordnenden Arzt oder dem zuständigen Gesundheitsamt in Verbindung zu setzen, wenn der Verdacht besteht, daß Btm-Süchtige versuchen, sich durch betrügerische Maßnahmen in den Besitz von Btm zu setzen«.

Hieraus geht eindeutig hervor, daß es sich um Btm-süchtige Kranke handelt. In Verdachtsfällen muß es jedoch als selbstverständliche Pflicht des Apothekers angesehen werden, daß er sich vor Belieferung mit dem Gesundheitsamt in Verbindung setzt, damit der Kriminalpolizei ggf. die Nachforschungen nach Süchtigen erleichtert werden.

Nun noch einige Erläuterungen über den Nachweis des Verbleibs der Btm in öffentlichen Apotheken. Auf Verschreibungen solcher Arzneien, die in der Apotheke angefertigt worden sind, ist der Tag des Anfertigens oder bei Fertigpackungen der der Abgabe sowie der Name des Anfertigers oder Abgebers zu vermerken, wobei die VVO nichts darüber aussagt, ob der Vermerk mit Tinte, Tintenstift, Bleistift oder Stempel vorgenommen werden muß. Hierüber bestehen auch bei den zuständigen Gesundheitsämtern häufig Unklarheiten. Auf allen Verschreibungen ist stets die Firma der Apotheke anzugeben. Die Rezepte sind in der Apotheke zurückzubehalten, ausgenommen diejenigen, welche auf die üblichen Krankenkassen (nicht Privatkrankenkassen) ausgestellt worden sind. Bei Privatkrankenkassen erhält der Kranke auf Wunsch eine Kopie. Die zurückbehaltenen Rezepte werden für jedes Kalenderjahr mit fortlaufenden, dem Zeitpunkt der Abgabe der Arzneien entsprechenden Nummern versehen, für jeden Monat gebündelt, für ein Jahr zusammengefaßt und fünf Jahre lang aufbewahrt. Jedes Btm-Rezept ist im Btm-Buch I oder II einzutragen.

Im Btm-Buch I finden wir Arzneien, die in der Apotheke selbst hergestellt werden (sog. Rezeptur), im Btm-Buch II werden die zur Abgabe an das Publikum fertigen, von der Industrie hergestellten Arzneien eingetragen. Die auf den Rezepten vermerkten Nummern sollen für beide Bücher ineinander fortlaufend sein, d. h. nicht getrennt nach Buch I und II. Die in den Büchern enthaltenen freien Spalten dienen zur Aufnahme von solchen Arzneien, die nicht aufgeführt sind. Es bleibt jedoch der Apotheke überlassen, ob sie z. B. für benzoehaltige Opiumtinktur eine freie Spalte zur Eintragung wählt oder ob sie diese Tinktur — umgerechnet auf einfache Opiumtinktur — in der Spalte für einfache Opiumtinktur aufnimmt. Es soll jedoch der einmal eingeschlagene Weg für das gesamte Buch beibehalten werden. Beide Btm-Bücher dienen der Kontrolle über den Verbleib durch die zuständige Aufsichtsbehörde und sind dieser auf Verlangen zur Einsicht vorzulegen. Hierdurch wird es dem Gesundheitsamt erleichtert, Vergleiche darüber anzustellen, ob und inwieweit sich ein Süchtiger durch häufigen Arzt- und Apothekenwechsel unrechtmäßig in den Besitz von Btm gebracht hat. Mit der Kontrolle der Btm-Bücher in den Apotheken durch ausgebildete Polizei- und Kriminalbeamte beschäftigt sich eine Anordnung des Präsidenten des Landesbezirkes Baden vom 16. 5. 1949, in der ausdrücklich bestimmt wird, daß sich diese Anordnung nur auf die Aufklärung von Rauschgiftdelikten, d. h. auf die Fälle bezieht, in denen der Verdacht einer strafbaren Handlung vorliegt. Andere Aufgaben, insbesondere die Durchführung regelmäßiger Kontrollen des Btm-Verkehrs in den Apotheken, stehen der Kriminalpolizei und den Landespolizeibeamten nicht zu. Werden beim Verdacht einer strafbaren Handlung derartige Kontrollen durch die Kriminalpolizei vorgenommen und dabei Btm-Rezepte als Beweismaterial einbehalten, so ist der Apotheker verpflichtet, sich über die entnommenen Rezepte eine Bescheinigung ausstellen zu lassen. Der Verbleib der Rezepte ist damit ausreichend nachgewiesen.

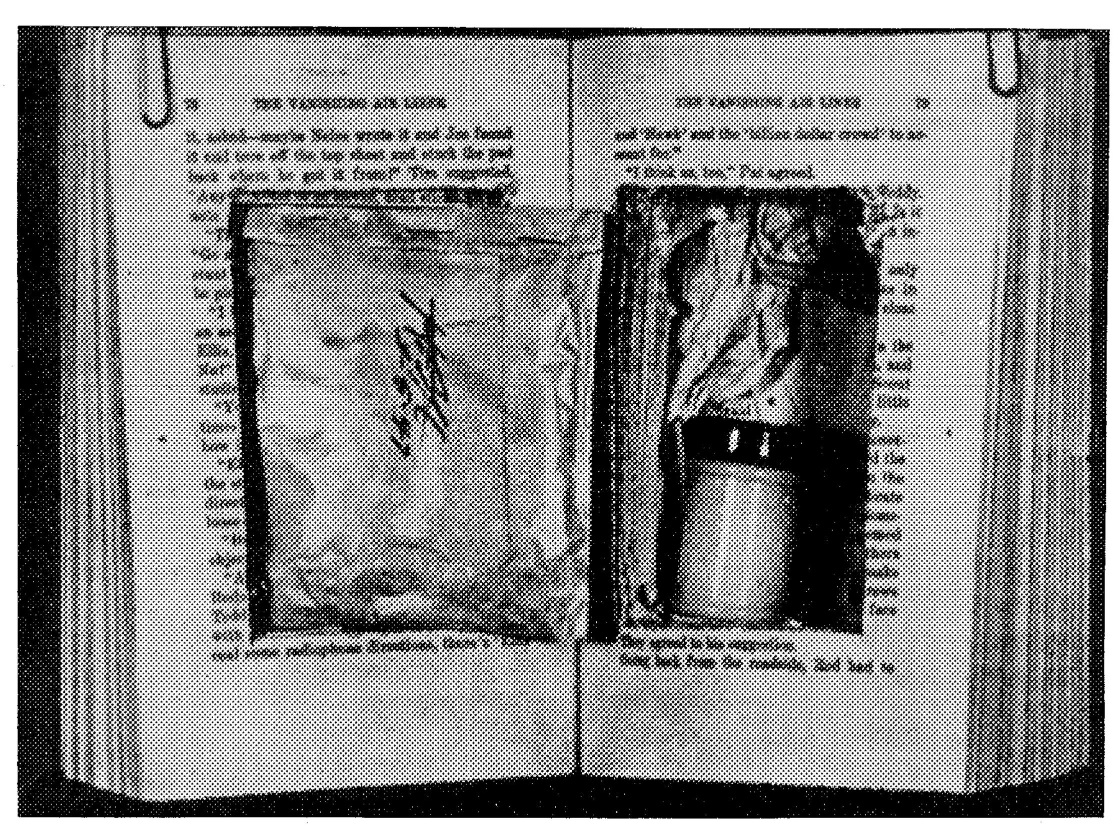
Für die Ergänzung des Vorrates an Btm enthaltenden Arzneien hat der Apotheker einen Bezugschein für Btm auszufertigen, auf dem Art und Menge des betreffenden Btm und der derzeitige Bestand vermerkt sind, außerdem die zur Lieferung heranzuziehende Großhandelsfirma, Ort, Tag des Antrages, Unterschrift des Erwerbers, Stempel der Apotheke und eine 25-Pfg-Marke als Bearbeitungsgebühr. Der Bezugschein wird alsdann an die Bundesopiumstelle nach Koblenz geschickt. Telegraphische Anforderungen sind in Eilfällen zulässig. Telephonische Bestellungen sind nicht möglich. Vorauslieferungen durch die Großhandelsfirma sind ebenfalls unstatthaft, auch wenn versichert wird, daß der Antrag für die benötigten Btm unterwegs sei. Für die Aufbewahrung von Btm enthaltenden Arzneien ist allein § 12 der Apotheken-Betriebsordnung maßgeblich. Dieser hebt aus allen Btm nur Morphium und dessen Salze sowie für die Rezeptur vorrätige Zubereitungen heraus, die in der Offizin in einem besonderen, lediglich für diesen Zweck bestimmten, verschließbaren, mit »Tab. C« bezeichneten Schränkchen aufzubewahren sind. Als Standgefäße sind hierfür dreieckige Gläser zu verwenden, die an einer Seite die vorschriftsmäßige Bezeichnung des Inhalts in eingebrannter roter Schrift auf weißem Schilde tragen. Der Innenraum des Schränkchens muß

aus zwei Abteilungen bestehen, deren eine, mit verschließbarer Tür versehen, für die unvermischten Morphiumpräparate bestimmt ist. Alle übrigen Btm, die für die Rezeptur Verwendung finden, können alphabetisch zwischen die anderen vorsichtig aufzubewahrenden Mittel eingereiht werden. Es ist auch gestattet, die aus dem Handel bezogenen Btm-haltigen Arznei-Fertigwaren in Schubfächern oder Schränken neben anderen sog. Spezialitäten aufzubewahren. Die Verordnung Nr. 95 der britischen Militärregierung, wonach für das dortige Besatzungsgebiet alle Btm enthaltenden Arzneien getrennt für sich aufzubewahren waren, ist nicht mehr in Kraft. Es hat sich jedoch in vielen Apotheken aus der Praxis heraus ergeben, daß man die Btm-Spezialitäten in einem besonderen verschließbaren Schrank zusammenfaßt, um sie einer raschen übersichtlichen Kontrolle durch den Apothekenleiter zugänglich zu machen.

Sollten in Apotheken Diebstähle von Btm vorkommen, so ist der Apothekenleiter verpflichtet, durch Beibringung eines Zeugnisses der Kriminalpolizei amtlich nachzuweisen, daß und — wenn möglich — in welchem Umfange Diebstähle oder Beraubungen erfolgt sind.

Wie bei allen Bestimmungen wird es auch bei der praktischen Durchführung der VVO durch den Apotheker auf das Fingerspitzengefühl des einzelnen Apothekers ankommen, in Grenz- oder Zweifelsfällen so zu handeln, daß er sich nicht streng an den Buchstaben des Gesetzes hält, sondern darüber hinaus zum Wohle der Volksgesundheit mit Gesundheitsamt und Kriminalpolizei sowie der zuständigen Apothekerkammer ersprießlich zusammenarbeitet. Umgekehrt muß von diesen Behörden erwartet werden, daß sie sich im Falle der möglichen Straffälligkeit eines Apothekers mit der zuständigen Apothekerkammer in Verbindung setzen.





Aufgeschlagenes Buch ("The Vanishing Air Liner") mit darin verborgenen Packungen von Betäubungsmitteln.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Die gesetzlichen Grundlagen der Bundesopiumstelle und ihr Aufgabenbereich

Regierungsdirektor Dr. Gewehr, Bundesgesundheitsamt

Während die Bundesopiumstelle den gesetzlichen Verkehr mit Betäubungsmitteln in allen Verkehrsstufen, angefangen von der Einfuhr über Herstellung, Verarbeitung, Ausfuhr und Großhandel bis zur Abgabe an die Apotheken, überwacht, obliegt den Rauschgiftsachbearbeitern des Bundeskriminalamtes und der Landeskriminalämter neben ihren umfangreichen übrigen Aufgaben die Aufklärung von Gesetzesübertretungen, die sich auf dem Gebiete des Verkehrs mit Betäubungsmitteln ergeben. Insoweit dienen beide Dienststellen der Bekämpfung der Rauschgiftsucht; die eine durch die Überwachung der Betäubungsmittel als Stoffe oder Materie, die andere durch Verfolgung der Rauschgifthändler, Schmuggler und anderer Rechtsbrecher.

Ein Gesetz zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht, in dessen Mittelpunkt nicht das Rauschgift oder der Rechtsbrecher steht, sondern der rauschgiftsüchtige Mensch als Kranker, der der helfenden und heilenden, nicht aber der strafenden Hand des Staates bedarf, besteht nicht. Es ist notwendig, dies zu wissen!

Dieser Mangel muß von allen Menschen, die sich als Ärzte oder Wissenschaftler, Richter, Verwaltungs- oder Ermittlungsbeamte mit dem Problem der Rauschgiftsucht befassen, im Interesse einer menschlich gerechten Beurteilung und Behandlung der rauschgiftsüchtigen Menschen bedauert werden. Um so mehr legt er ihnen aber die Verpflichtung auf, dem Rauschgiftsüchtigen mit großem Verständnis und hohem Verantwortungsbewußtsein gegenüberzutreten.

Im folgenden soll dargestellt werden, wie die Bundesopiumstelle das Problem der Rauschgiftsucht sieht, wie sie versucht, über die Regelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln der Entstehung und Ausweitung der Rauschgiftsucht entgegenzuwirken, wie sie sich bemüht, Erhebungen über das Ausmaß der Sucht anzustellen oder Unterlagen zu beschaffen, die nicht nur dem Bundesgesundheitsamt und den obersten Gesundheitsbehörden des Bundes und der Länder, sondern auch den Kriminalbehörden dienlich sein können. Es sollen ein Einblick in die Arbeit der Bundesopiumstelle vermittelt und Einzelheiten mitgeteilt werden, die zu wissen nützlich und zur Beurteilung der Gesamtsituation wesentlich sind.

Zum Verständnis der weitgehenden Funktionen der Bundesopiumstelle ist es notwendig, in kurzen Zügen die Entwicklung der deutschen Opiumgesetzgebung und die Entstehungsgeschichte der Bundesopiumstelle darzulegen.

Die Opiumkriege (1840 bis 1842) haben die Bedeutung des Opiums als Rauschgift schlagartig in das Licht der Weltöffentlichkeit gerückt. Die Überschwemmung Chinas und anderer Länder mit ausländischem Opium und die verheerenden Folgen des rücksichtslos provozierten Opiummißbrauchs im Fernen Osten, die Abwehrmaßnahmen der chinesischen Regierung und nicht zuletzt der Kampf gegen die zuerst in Europa hergestellten Opiumalkaloide, besonders Morphin, haben die Vereinigten Staaten von Amerika veranlaßt, im Jahre 1909 eine Konferenz zur Unterdrückung des Opiummißbrauchs auf internationaler Ebene nach Schanghai einzuberufen. Dieser Einladung waren 10 Staaten, davon 6 europäische Kolonialmächte — auch das Deutsche Reich — gefolgt. Die Konferenz stellte einige Schlußsätze und Empfehlungen auf. Ein praktischer Erfolg war ihr jedoch nicht beschieden. Lediglich der Anfang des Versuches, das Problem international zu regeln, war gemacht worden.

Im Jahre 1912 wurde das Haager Abkommen getroffen, das in der Folgezeit von 57 Ländern der Erde ratifiziert wurde. Das Haager Abkommen legte u. a. Bestimmungen über die Gewinnung und den Handel von Rohopium fest; es verpflichtete ferner die Vertragsmächte, gesetzliche Bestimmungen über Herstellung, Handel und Verwendung von Morphin und Kokain u. a. m. zu

erlassen. Infolge des Ausbruchs des 1.Weltkrieges wurde dieses Abkommen für die deutsche gesetzliche Regelung des Verkehrs mit Opium, Morphin und Kokain zunächst nicht wirksam.

Vor dem 1. Weltkrieg lag in Deutschland eine besondere Notwendigkeit, einschränkende Bestimmungen über den Handel mit Opium, Morphin und Kokain zu erlassen, nicht vor. Der Verkehr mit diesen Stoffen war so geregelt wie bei anderen stark wirkenden Arzneimitteln. Während des Krieges führte die häufige Verordnung von Morphin und Kokain in erheblichem Umfange zu mißbräuchlicher Verwendung. Zur Einschränkung dieses Mißbrauches wurde von der damaligen Reichsregierung die Betäubungsmittel-Verordnung vom 22. 3. 1917 verkündet, die bestimmte, daß der Verkehr mit Betäubungsmitteln erlaubnispflichtig sei und daß Opium und andere Betäubungsmittel in großen Mengen nur an Apotheken abgegeben werden dürften. Diese Verordnung stellt mit einigen noch während des Krieges erlassenen Bekanntmachungen und Anweisungen den Beginn der deutschen Opiumgesetzgebung dar. Nach Beendigung des Krieges erließen das Reichsamt für wirtschaftliche Demobilmachung, der Preußische Minister des Innern, der Preußische Minister für Handel und Gewerbe und der Reichswirtschaftsminister weitere Verordnungen über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. Die Bewirtschaftung der Betäubungsmittel und insoweit auch die Kontrolle des Verkehrs wurden zunächst auf den Vertrauensmann für die Opiumverteilung bei der Kriegs-Chemikalien AG., später auf die »Opiumverteilungsstelle« bei der Reichsarbeitsgemeinschaft Chemie übertragen. Diese Opiumverteilungsstelle stand zuerst nur unter der Aufsicht des Reichsgesundheitsamtes, wurde aber am 1. 7. 1924 als »Opiumstelle« unmittelbar in die Verwaltung des Reichsgesundheitsamtes eingegliedert. Dieser Tag stellt somit den Geburtstag der Opiumstelle als Behörde dar.

Durch den Artikel 295 des Versailler Vertrages (1919) wurde das Deutsche Reich verpflichtet, das Haager Abkommen von 1912 für sein Gebiet als verbindlich anzusehen und die zur Durchführung des Abkommens erforderlichen Gesetze zu erlassen. So entstand das deutsche »Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens« vom 30. 12. 1920. Die ergriffenen Maßnahmen erwiesen sich jedoch als nicht ausreichend. Die in dieser Erkenntnis eingeleiteten internationalen Bemühungen zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht führten am 19. 2. 1925 zum Abschluß des 2. Genfer Abkommens, das sehr eingehende und umfassende Bestimmungen zur Regelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln enthielt und das die Vertragsmächte verpflichtete, durch geeignete Maßnahmen die Verwendung der eingeführten Betäubungsmittel zu anderen als medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken zu verhindern. In ihm wurden genaue Bestimmungen über die internationale Kontrolle der Rohstoffe, über die Kontrolle der verarbeiteten Betäubungsmittel, des internationalen Handels, über die Errichtung eines Ständigen Opiumzentralausschusses beim damaligen Völkerbund, über das Meldewesen u. a. m. niedergelegt.

Dieses internationale Opiumabkommen wurde vom Deutschen Reich 1929 ratifiziert und bildete die Grundlage zum Erlaß des »Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln« vom 10. 12. 1929. Das Gesetz, kurz Opiumgesetz genannt, ist unter Berücksichtigung der Bestimmungen des internationalen Abkommens zur Beschränkung der Herstellung und zur Regelung der Verteilung von Betäubungsmitteln vom 13. 7. 1931 erheblich geändert worden. Es liegt nunmehr in der noch heute gültigen Fassung vom 9. 1. 1934 vor.

Die deutsche Opiumgesetzgebung basiert auf 3 internationalen Abkommen, 4 deutschen Gesetzeswerken und 23 Ausführungsbestimmungen. Insgesamt sind mehr als 80 Bekanntmachungen, Verordnungen und Erlasse dazu erschienen, wenn man von den zwischen 1945 und 1952 erlassenen Verordnungen der Länder, die nur einen begrenzten Wirkungsbereich hatten, absieht. Das Gesamtbild der deutschen Opiumgesetzgebung ist somit außerordentlich buntscheckig geworden. Auf die einzelnen Durchführungsverordnungen, Ergänzungen usw. soll hier nicht näher eingegangen werden. Einige der wichtigsten Verordnungen, die auch für die praktische Arbeit der Kriminalpolizei von Bedeutung sind, dürften die Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmittel enthaltenden Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. 12. 1930, die sogenannte Verschreibungsverordnung und die Verordnung über Bezugscheine für Betäubungsmittel vom 20. 2. 1935 sein.

Die deutsche Opiumgesetzgebung schreibt in allen Phasen ihrer Entwicklung vor, daß derjenige, der am Verkehr mit Betäubungsmitteln teilnehmen will, hierzu einer Erlaubnis bedarf. Eine Ausnahme bilden lediglich die Apotheken, für die das Recht zur Teilnahme durch ihre Konzessionierung begründet ist.

Während die Überwachung des Verkehrs — mit Ausnahme der ersten Jahre von 1917 bis 1924 — unverändert zum Aufgabenbereich des Reichsgesundheitsamtes gehört, hat das Recht der Erlaubniserteilung im Laufe der Jahre bemerkenswerte Änderungen erfahren. Zu Beginn der Regelung des

Verkehrs mit Betäubungsmitteln in Deutschland, also ab 1917, lag die Befugnis, die Erlaubnis zu erteilen, bei den Landeszentralbehörden. Bis zum Jahre 1920 erteilten diese in eigener Zuständigkeit und allein die Erlaubnis. Ab 1920 entschieden die Landeszentralbehörden im Einvernehmen mit dem Reichsministerium des Innern. Im Jahre 1934 wurde das Reichsministerium des Innern ausgeschaltet und die Befugnisse, die bisher den Landeszentralbehörden zustanden, gingen auf das Reichsgesundheitsamt über. Die Stellung des Reichsgesundheitsamtes wurde dadurch außerordentlich gestärkt, vor allem deshalb, weil es nur noch im Benehmen mit der zuständigen Landesregierung über die Erteilung der Erlaubnis zu entscheiden hatte. Durch das Recht der Erlaubniserteilung und die ihm obliegenden Überwachungsaufgaben verfügte das Reichsgesundheitsamt vom Jahre 1934 ab über eine starke Exekutive, die es durch seine Opiumabteilung mit Opiumstelle und Opiumbüro ausüben ließ. Die Regelung, die gesamte Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln einer einzigen Reichsbehörde, nämlich der Reichsopiumstelle im Reichsgesundheitsamt, mit weitgehenden Befugnissen zu übertragen, findet ihre Begründung im Artikel 15 des internationalen Opiumabkommens über die Beschränkung der Herstellung von Betäubungsmitteln usw. vom 13. 7. 1931. In diesem Artikel verpflichten sich die vertragschließenden Teile, für ihr Gebiet eine besondere Zentralverwaltung einzurichten mit den Aufgaben, die Vorschriften der internationalen Abkommen anzuwenden, den gesamten Verkehr mit Betäubungsmitteln zu überwachen und den Kampf gegen die Rauschgiftsucht zu organisieren.

Die im Jahre 1934 getroffene Regelung war entscheidend dafür, daß die Bundesopiumstelle trotz unseres föderalistischen Staatsaufbaus mit den Befugnissen ausgestattet werden konnte, wie sie der ehemaligen Reichsopiumstelle zustanden.

Die ehemalige Reichsopiumstelle erfüllte ihre Aufgaben bis zum Jahre 1945. Der Zusammenbruch des Reiches mußte hinsichtlich der Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln und in bezug auf die Zuständigkeit der Behörden weitgehende Folgen haben. Da die Opiumgesetzgebung vom Kontrollrat nicht aufgehoben wurde, bestand sie nach 1945 unverändert weiter. Einzelne Länder haben von ihrem Recht, Reichsgesetze für ihren Bereich durch Landesgesetze abzuändern, Gebrauch gemacht. Auf Grund von Verordnungen haben sie Landes- oder Zonen-Opiumstellen errichtet, die im wesentlichen nach der deutschen Opiumgesetzgebung arbeiteten, wenn sie auch im einzelnen verschiedene Wege gingen. So wurden nach 1945 zwei Zonen-Opiumstellen, für die französische Zone mit Sitz in Baden-Baden und für die britische Zone mit Sitz in Kiel, ferner 5 Länder-Opiumstellen, in Bremen, Berlin, Wiesbaden, München und Stuttgart, errichtet. Eine zentrale Verwaltung bestand nicht mehr, wenn sich auch die Länder- und Zonen-Opiumstellen laufend untereinander abstimmten und dafür sorgten, daß in der Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln keine Unterbrechung eintrat. So verdienstlich und anerkennenswert das Wirken dieser Opiumstellen auch war, im Laufe der Zeit mußte wieder eine zentrale Verwaltung geschaffen werden, zumal die Besatzungsmächte energisch darauf hinwirkten, nachdem sie sich im Jahre 1951 aus der deutschen Gesundheitsverwaltung gänzlich zurückgezogen hatten.

Nach langen parlamentarischen Vorarbeiten wurde gegen den Beschluß des Bundesrates und erst nach Anrufung des Vermittlungsausschusses das Gesetz über die Errichtung des Bundesgesundheitsamtes am 27. Februar 1952 beschlossen. Dem Bundesgesundheitsamt wurden die Befugnisse zuerkannt, die das frühere Reichsgesundheitsamt hatte. Nach § 3 dieses Gesetzes war im Bundesgesundheitsamt eine Abteilung Rauschgiftbekämpfung mit einer Bundesopiumstelle zu errichten.

Nachdem die gesetzlichen Grundlagen für die Errichtung der Bundesopiumstelle geschaffen waren, erfolgte im Laufe des Jahres 1952 der organisatorische Aufbau. Am 1. 12. 1952 konnte die Bundesopiumstelle ihre Arbeit aufnehmen. Bis zum 1. Mai 1953 wurden Zug um Zug die Zonen- und Länder-Opiumstellen übernommen und die Arbeitsmethoden für alle Länder der Bundesrepublik vereinheitlicht. Lediglich für den Bereich West-Berlin bleibt aus organisatorischen Gründen eine eigene Opiumstelle bestehen. Damit sind die Forderungen der Alliierten Hohen Kommission und die internationalen Verpflichtungen aus dem Jahre 1931 erfüllt. Dem Bedürfnis nach Zusammenfassung in einer zentralen Verwaltung ist entsprochen worden. Die Bundesopiumstelle beschäftigt zur Zeit 4 Beamte und 20 Angestellte. In ihrer Organisation lehnt sie sich an den Aufbau der früheren Reichsopiumstelle an. Sie ist unterteilt in die Leitung der Bundesopiumstelle, das Opiumbüro und die eigentliche Buchungsabteilung, die Opiumstelle.

Der Aufgabenkatalog der Bundesopiumstelle ist so umfassend, daß es angebracht ist, ihn — wie folgt — zu präzisieren:

1. Erteilung der Erlaubnisse nach § 3 des Opiumgesetzes in Verbindung mit der Verordnung über die Zulassung zum Verkehr mit Betäubungsmitteln.

2. Überwachung des innerdeutschen Verkehrs mit Betäubungsmitteln.
3. Überwachung des Verkehrs mit ausländischen Teilnehmerstaaten und Regelung der Ein- und Ausfuhren.
4. Überwachung der Bestands- und Lagerbewegungsmeldungen der Hersteller, Verarbeiter, Großhändler und Apotheker.
5. Berichterstattung auf Grund internationaler Vereinbarungen über den gesamten Verkehr mit Betäubungsmitteln einschließlich der Bedarfsschätzungen.
6. Statistische Ermittlungen über das Ausmaß der Rauschgiftsucht.
7. Bekämpfung der Rauschgiftsucht in Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Kriminalbehörden.
8. Auswertung der Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Betäubungsmittel, so z. B. bei neuen Betäubungsmitteln, Ausweichstoffen, Antagonisten.
9. Beratung der Behörden in allen die Betäubungsmittel betreffenden Fragen, Stellungnahmen und Gutachten.
10. Vorbereitung neuer gesetzlicher Bestimmungen.

Der Aufgabenbereich der Bundesopiumstelle ist vielseitig und umfaßt alle Fragen, die in irgendeiner Form Betäubungsmittel betreffen, mit Ausnahme der rein medizinischen Anwendung der Betäubungsmittel. Zur Durchführung dieser Aufgaben bedient sich die Bundesopiumstelle, soweit erforderlich, der Institute der wissenschaftlichen Abteilung — besonders des Max-von-Pettenkofer-Instituts in Berlin — und der Rechtsabteilung des Bundesgesundheitsamtes.

Zu 1: Erlaubnisse

Nach Sinn und Zweck der Opiumgesetzgebung sollen die Entscheidungen über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vornehmlich von gesundheitspolitischen Erwägungen ausgehen. Das bedeutet, daß z. B. nach dem Beschränkungsabkommen vom 13. 7. 1931 nur so viele Betäubungsmittel gewonnen, hergestellt, verarbeitet und unter Berücksichtigung eines gewissen Reservevorrates gelagert werden dürfen, wie zur Deckung des ärztlichen Bedarfs erforderlich sind. Jede Anhäufung von Betäubungsmitteln über diese Mengen hinaus soll mit Rücksicht auf die Gefahr der ungesetzlichen Verwendung solcher Bestände vermieden werden.

Eine der wesentlichsten Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles ist die Beschränkung des am Verkehr mit Betäubungsmitteln teilnehmenden Personenkreises sowie der Anzahl der Betäubungsmittel und der Betäubungsmittel enthaltenden Zubereitungen auf das unumgänglich notwendige Maß. Gesteuert wird diese Beschränkung durch die Erlaubnis, die nach § 3 des Opiumgesetzes durch das Bundesgesundheitsamt im Benehmen mit den zuständigen Landesregierungen zu erteilen ist. Eine beantragte Erlaubnis ist zu versagen, wenn ein Bedürfnis für die Erteilung nicht besteht oder Bedenken des Gesundheitsschutzes oder persönliche Gründe gegen den Antragsteller vorliegen. In diesem Satz liegt die ganze Problematik des Aufgabenbereiches der Bundesopiumstelle, weil eine Verwaltungsbehörde lediglich im Benehmen, d. h. mit oder ohne Zustimmung der zuständigen obersten Gesundheitsbehörde einer Landesregierung, in Erfüllung internationaler Verpflichtungen auf gesetzlicher Grundlage über Zulassung oder Ablehnung der Antragsteller zum Kreis der Personen entscheidet, die am Verkehr mit Betäubungsmitteln teilnehmen dürfen, ferner auch darüber befindet, ob handelsfähige Betäubungsmittel enthaltende Zubereitungen zum Verkehr zuzulassen sind.

In der Frage, ob die Bedürfnisprüfung im Gegensatz zum Artikel 12 bzw. 19 des Grundgesetzes steht, hat sich eine einheitliche Rechtsauffassung noch nicht herausgebildet. Demgemäß werden auch die Entscheidungen der Bundesopiumstelle, in denen es auf die Bedürfnisprüfung ankommt, vielfach bekämpft, weil sie mit dem Grundgesetz nicht in Einklang zu bringen seien. Vor derartige Entscheidungen sieht sich aber die Bundesopiumstelle tagtäglich gestellt. Es braucht wohl nicht besonders darauf hingewiesen zu werden, was es für eine Verwaltungsbehörde bedeutet, im Widerstreit der oft zu Unrecht vorgebrachten wirtschaftspolitischen Erwägungen mit den überwiegend gesundheitspolizeilichen Bedürfnissen die richtige Entscheidung zu fällen und zu verantworten.

Die Bundesopiumstelle hat sämtliche aus der Zeit vor ihrer Tätigkeit stammenden Erlaubnisse überprüft, z. T. erneuert oder zurückgezogen und eine Reihe neuer Erlaubnisse ausgefertigt. Bei der Beurteilung der relativ hohen Zahl der Erlaubnisträger in der Bundesrepublik ist zu berücksichtigen, daß Deutschland das klassische Land der Opium-Alkaloid-Hersteller ist und als solches

stets eine besondere Rolle in der Welt gespielt hat. Nach der Entdeckung des Morphins als Hauptalkaloid des Opiums durch den Apotheker Friedrich Sertürner im Jahre 1804 waren es besonders deutsche chemische Fabriken, die bereits in der Mitte des vorigen Jahrhunderts Morphin und andere Alkaloide fabrikmäßig herstellten.

Insgesamt haben in der Bundesrepublik 15 chemisch-pharmazeutische Unternehmen die Erlaubnis zur Gewinnung und Herstellung von natürlichen Opiumalkaloiden, zu ihrer Umwandlung oder zur Herstellung von synthetischen Betäubungsmitteln. 96 Betriebe oder Firmen haben die Erlaubnis, Betäubungsmittel zu verarbeiten oder Betäubungsmittel enthaltende Arznei-Fertigwaren herzustellen. Die Verteilung im Großhandel erfolgt über 148 Vollgroßhändler und 40 Händler mit beschränktem Sortiment, z. B. Auslieferungslager einzelner Firmen. Als Vermittler für Ein- oder Ausfuhren von Betäubungsmitteln sind 58 Firmen tätig. Ferner besitzen 23 Institute, darunter Universitäten, Lebensmitteluntersuchungsämter, Lehr-, Forschungs- und Versuchsanstalten, Kriminalbehörden, Zolltechnische Prüfungsanstalten u. a. die Erlaubnis zum Erwerb von Betäubungsmitteln für bestimmte, nichtmedizinische Zwecke. Diese Erlaubnisträger sind in einem Sonderdruck des Bundesanzeigers Nr. 122 vom 29. 6. 1955 nach Ländern geordnet zusammengestellt und veröffentlicht worden.

Zu diesen Erlaubnisträgern kommen als Verteiler in der Endstufe die gesamten Apotheken der Bundesrepublik, zur Zeit ca. 6200 und ca. 870 dispensierende Tierärzte bzw. tierärztliche Hausapotheken. Der gesamte am Verkehr mit Betäubungsmitteln teilnehmende Kreis in allen Verkehrsstufen umfaßt somit ungefähr 7400 Personen, Einrichtungen oder Unternehmen.

Zu 2: Inlandverkehr

Der gesamte innerdeutsche Handel von der Gewinnung, Herstellung, Verarbeitung bis zum Bezug durch die pharmazeutischen Großhandlungen und Apotheken wird in der Bundesopiumstelle überwacht und kontrolliert. In jedem einzelnen Falle ist der Besitzwechsel von Betäubungsmitteln nur auf Grund eines von der Bundesopiumstelle auszufertigenden Bezugscheines gemäß der Verordnung über Bezugscheine für Betäubungsmittel vom 20. Februar 1935 statthaft.

Da die Bearbeitung der Bezugscheinanträge und die Ausstellung der Bezugscheine selbst die Hauptaufgabe der Buchhaltung der Bundesopiumstelle ist und es durchaus möglich sein kann, daß bei einem dienstlich zu verfolgenden legalen Besitzwechsel von Betäubungsmitteln diese Bezugscheine von Bedeutung sein können, dürfte es angebracht sein, auf die Bestimmungen der Bezugschein-Verordnung im einzelnen einzugehen und ihren Sinn und Zweck darzulegen.

Die Bezugschein-Verordnung gründet sich auf § 4 des Opiumgesetzes, der bestimmt, daß jeder, der eine Erlaubnis zur Teilnahme am Verkehr mit Betäubungsmitteln besitzt und bezugscheinpflichtige Betäubungsmittel erwerben will, diese bei der Bundesopiumstelle auf vorgeschriebenem Formular zu beantragen hat (der Erwerb von Betäubungsmitteln auf ärztliche Verschreibung soll in diesem Zusammenhang nicht erläutert werden). Über das Formblatt selbst, besonders die auf ihm zu machenden Angaben, sind genaueste, bis ins einzelne gehende Bestimmungen getroffen worden. So hat z. B. der Antragsteller den Vordruck, der aus Antrag und Bezugschein besteht, im Durchschreibeverfahren mit dem Namen des Lieferers, der Art und Menge der Betäubungsmittel, dem Bestand am Tage des Antrages, dem Datum, Niederlassungsort und Namensunterschrift zu versehen und außerdem den Firmen- oder Namensstempel anzubringen. Der Erwerber hat den Antrag der Bundesopiumstelle unmittelbar zu übersenden. Die Bundesopiumstelle prüft den Antrag daraufhin, ob alle Forderungen erfüllt sind, genehmigt den Bezugschein durch Aufdruck einer Kenn-Nummer, bucht ihn, d. h. entlastet den Lieferer und belastet den Erwerber, versieht ihn mit Dienststempel und sendet ihn dem Lieferer zu.

Der Lieferant darf die Betäubungsmittel erst abgeben, wenn er im Besitz des Bezugscheines ist. Da der Bezugschein eine Urkunde darstellt, darf der Lieferer grundsätzlich keine Änderungen auf ihm vornehmen. Die Bezugscheine sind der Bundesopiumstelle wieder einzusenden, die allein berechtigt ist, die evtl. gewünschte Änderung anzubringen. Jedem Bezugscheinantrag sind 25 Pfg. in Briefmarken als Verwaltungsgebühr beizufügen. Die Bezugscheinanträge werden in der Bundesopiumstelle 5 Jahre lang aufbewahrt. Auch der Lieferer ist verpflichtet, die von ihm belieferten Bezugscheine 5 Jahre lang geordnet aufzubewahren, so daß — falls notwendig — der Ablauf eines Besitzwechsels von Betäubungsmitteln bis zu 5 Jahren zurückverfolgt werden kann. Bei jeder Überprüfung ist es daher zweckmäßig, zunächst die Bezugscheine beim Lieferer einzusehen.

Alle diese Vorschriften könnten dem Unbeteiligten kleinlich und übertrieben erscheinen. Der Gesetzgeber hat sie aber bewußt so genau und unausweichlich gestaltet, insbesondere um dem

Antragsteller klar zu machen, daß er mit dem Erwerb der Betäubungsmittel eine hohe Verantwortung übernimmt und durch die genaue Beachtung der Vorschriften mithilft, die Überwachung des Verkehrs zu erleichtern. Der erzieherische Wert der Bezugschein-Verordnung ist daher bedeutend. Unvollständige oder unrichtige Anträge werden von der Bundesopiumstelle unbearbeitet an den Antragsteller zurückgegeben.

Im Durchschnitt werden in der Bundesopiumstelle täglich ca. 600 Bezugscheinanträge bearbeitet, an einzelnen Tagen steigt die Zahl weit über 1000. Im ganzen Jahr werden ca. 200 000 Anträge genehmigt und gebucht, was bei durchschnittlich 6 Positionen auf einem Antrag ungefähr 1½ Millionen Buchungen ausmacht. Lediglich der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß auch die Anforderungen der Sanitätsdienststellen der in Deutschland stationierten alliierten Streitkräfte der Genehmigung durch die Bundesopiumstelle bedürfen.

Zu 3: Ein- und Ausfuhr

Der Verkehr mit dem Ausland wickelt sich nach den Bestimmungen der zweiten Genfer Konvention vom 19. Februar 1925 in Verbindung mit dem Beschränkungsabkommen von 1931 ab. Hiernach darf ein Betäubungsmittel in ein Land nur eingeführt werden, wenn die zuständige Behörde des Einfuhrlandes in jedem einzelnen Falle die Genehmigung hierzu erteilt hat. Das exportierende Land darf eine Ausfuhrerlaubnis erst ausfertigen, wenn die entsprechende Einfuhrgenehmigung des Einfuhrlandes vorliegt und diese Lieferung sich im Rahmen der von jedem Land jährlich abzugebenden Vorausschätzungen des Bedarfes hält. Die sich auf diese grundlegende Bestimmung stützende Verordnung über die Einfuhr, Durchfuhr und Ausfuhr von Betäubungsmitteln vom Jahre 1930 legt alle notwendigen Einzelheiten bis ins kleinste fest.

In der jüngsten Zeit hat sich ein Fall ereignet, der ein Landeskriminalamt, das Bundeskriminalamt und die Internationale Kriminalpolizeiliche Kommission beschäftigt hat. Es handelte sich darum, daß eine deutsche Firma aus irgendeinem Grund 1 kg Kokain aus dem Ausland einführen wollte. Die Papiere hierzu waren von der Bundesopiumstelle ordnungsgemäß ausgestellt worden. Beim Eingang der Lieferung in Deutschland wurde jedoch festgestellt, daß die Sendung statt Kokain Natrium bicarbonicum enthielt. Durch die Tätigkeit der deutschen Kriminalbehörden konnte einwandfrei nachgewiesen werden, daß ein Austausch der Stoffe in dem Ausfuhrland bereits vor dem Verpacken stattgefunden hatte.

Wie schon ausgeführt, ist Deutschland in der Herstellung der Opiumalkaloide stets führend gewesen. Durch den 2. Weltkrieg sind den deutschen Herstellern große Absatzmärkte verlorengegangen. Über den augenblicklichen Stand der Ein- und Ausfuhren sollen einige Zahlen, aus denen gewisse Rückschlüsse auf das Volumen der Betäubungsmittel gezogen werden können, Aufschluß geben:

Zahl der Ausfuhranträge	Zahl der Einfuhranträge (hauptsächlich Rohstoffe)
1953 = 941	1953 = ca. 80
1954 = 1 245	1954 = } gleichbleibend
1955 = 1 319	1955 = } gleichbleibend

Sichere Vergleichszahlen aus der Vorkriegszeit liegen zur Zeit leider nicht vor.

Die Bundesopiumstelle steht mit ca. 70 von den 80 Mitgliedstaaten der Genfer Konvention und 15 nicht selbständigen Ländern in direkter Verbindung. Im Schriftverkehr findet meistens die deutsche, englische oder französische Sprache Anwendung. Manche Staaten, vornehmlich die asiatischen, gebrauchen auch häufig ihre Landessprache.

Zu 4: Bestands- und Lagerbewegungsmeldungen

Die Durchführungsbestimmungen zum Opiumgesetz schreiben vor, daß die Hersteller und Verarbeiter von Betäubungsmitteln in bestimmten zeitlichen Abständen über die Gewinnung und Herstellung, über Verarbeitung und Umwandlung, Abgabe und Lagerhaltung genaue Berichte aufzustellen und der Bundesopiumstelle einzureichen haben. Desgleichen kann die Bundesopiumstelle auf Grund des § 2 des Opiumgesetzes verlangen, daß z. B. die pharmazeutischen Großhandlungen in bestimmten Abständen genaue Auskünfte über die getätigten Käufe und die erfolgten Abgaben an die Apotheken etc. nach bestimmtem Schema vorlegen.

Zur Überprüfung dieser Bestands- und Lagerbewegungsmeldungen werden sowohl die Hersteller und Verarbeiter von Betäubungsmitteln als auch die pharmazeutischen Großhandlungen im Bundesgebiet durch Beauftragte der Bundesopiumstelle von Zeit zu Zeit aufgesucht; hierbei werden die Betäubungsmittellager wenigstens stichprobenweise überprüft, der Soll- und Istbestand verglichen und die zuverlässige und sichere Lagerung überwacht. Es verdient betont zu werden, daß Hersteller, Verarbeiter und der zugelassene pharmazeutische Großhandel sich mit großer Verantwortung der Aufgabe der Verwaltung von Betäubungsmitteln unterziehen.

Auch die Apotheken des Bundesgebietes haben auf Anordnung der Bundesopiumstelle ihre Bestände an Betäubungsmitteln zu erfassen und zu melden. Die Bundesopiumstelle ist dadurch in der Lage, an Hand der meist in Abständen von 2 Jahren zu einem bestimmten Termin abzugebenden Bestandsmeldungen und der den Apotheken auf Grund ihrer Bezugscheinanträge genehmigten Freigaben an Betäubungsmitteln jederzeit den Soll-Bestand abzüglich der auf ärztliche Verschreibungen abgegebenen Mengen zu bestimmen. Die Opiumstelle kann somit den Medizinal- oder Kriminalbehörden bei irgendwelchen Feststellungen oder Nachforschungen amtliche Unterlagen an Hand geben, die bei der Durchführung von Strafverfahren von entscheidender Bedeutung sein können.

Die Auswertung der Meldungen erfordert in der Bundesopiumstelle viel Arbeit. Sie ist aber notwendig, um den genauen Stand des Verkehrs in allen Phasen übersehen zu können. Bei der Überarbeitung der Meldungen, die die Apotheken der Bundesrepublik am 30. 9. 1955 abzugeben hatten, fiel es auf, daß noch eine ganze Reihe von Apotheken alte, z. T. von der Wehrmacht oder aus der Reichsmark-Zeit her stammende Betäubungsmittel besitzen, für die sie keine Verwendung mehr haben. Die Bundesopiumstelle drängt — soweit möglich — von sich aus darauf, daß solche Bestände ausgesondert und vernichtet werden. Hierzu wird eine Vernichtungsgenehmigung durch die Bundesopiumstelle ausgestellt, die — nach Vernichtung unter Zeugen — als Buchungsbeleg zu den Akten der Apotheke genommen wird.

Die Apotheken erweisen sich durchweg als zuverlässige Treuhänder in der Verwaltung der Betäubungsmittelbestände. Hier und da auftretende Unsicherheiten im Nachweis der Betäubungsmittel sind in erster Linie auf Unzulänglichkeiten in der Verschreibungsverordnung zurückzuführen.

Alle diese Unterlagen dienen u. a. dazu, die jährlichen Schätzungen für den voraussichtlichen Bedarf aufstellen und dem Ständigen Opiumzentralausschuß bei der Weltgesundheitsorganisation vorlegen zu können. Die Schätzungen sollen so gehalten sein, daß der im voraus geschätzte Bedarf in etwa dem effektiven Verbrauch entspricht und jede unnötige Anhäufung von Betäubungsmitteln vermieden wird. Außerhalb dieser Schätzungen sollen weder Herstellung noch Abgabe oder Lagerhaltung stattfinden. Der Ständige Opiumzentralausschuß sammelt von allen Mitgliedern oder Teilnehmerstaaten des Genfer Abkommens diese gleichartigen Meldungen und erhält durch ihre Auswertung einen Überblick über den Gesamtverbrauch an Betäubungsmitteln in den einzelnen Staaten, vorausgesetzt, daß die Meldungen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Zu 5: Berichterstattung

Neben diesen von der Bundesopiumstelle unmittelbar an den Ständigen Opiumzentralausschuß in Genf zu erstattenden Meldungen haben sämtliche Vertragsmächte jährlich einmal nach einem bestimmten Formblatt des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen einen ausführlichen Jahresbericht abzugeben, in dem alle Vorgänge über Betäubungsmittel in ihren Ländern im einzelnen darzulegen sind. Diese Jahresberichte, die dem Generalsekretär der Vereinten Nationen als Vorlagen der Bundesregierung zugeleitet werden, enthalten Ausführungen über alle einschlägigen gesetzlichen Veränderungen, die in einem Lande eingetreten sind, über die Verwaltungsmaßnahmen nach Art und Umfang, über die Kontrolle des internationalen Handels, und vor allem Mitteilungen über die internationale Zusammenarbeit und Berichte über den in einem Lande stattfindenden ungesetzlichen Verkehr (der letztgenannte Bericht ist vom Bundeskriminalamt in Zusammenarbeit mit den Landeskriminalämtern aufzustellen und mit Rücksicht auf seine Bedeutung dem Generalsekretär bereits im Vorwege vorzulegen). Weiter ist über die interne Überwachung der in einem Lande Betäubungsmittel herstellenden Firmen sowie über die Kontrolle des Handels und der Verteilung, also des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheken, zu berichten. Ein großes Kapitel ist der Berichterstattung über die Erfassung der Süchtigen und der Rauschgiftsucht im allgemeinen gewidmet, wobei Sonderangaben über den Ursprung der Sucht, Geschlecht und Alter der Süchtigen, Berufszugehörigkeit, vornehmlich verwandte Betäubungsmittel, ärztliche Behandlung der Süchtigen u. a. m. zu machen sind.

Obgleich die Bundesrepublik, die noch nicht Mitglied der Vereinten Nationen ist, zur Zeit erst als Teilnehmer- und nicht als Mitgliedstaat an der Durchführung der Genfer Beschlüsse beteiligt ist, bemüht sie sich, die für den Ständigen Opiumzentralausschuß in Genf und die für den Generalsekretär der Vereinten Nationen in New York bestimmten Berichte mit großer Zuverlässigkeit aufzustellen.

Es würde zu weit führen, auf Einzelheiten aus Berichten, die von den Vereinten Nationen jährlich veröffentlicht werden, hier näher einzugehen. Manche Angaben, z. B. über die Mengen der in der Welt erzeugten Rohstoffe zur Gewinnung von Betäubungsmitteln, über den Weltverbrauch an den wesentlichsten Betäubungsmitteln, über die Mengen, die in der Bundesrepublik hergestellt werden, über den eigenen Verbrauch und die für den Export vorgesehenen Mengen, dürften jedoch aufschlußreich sein; gleiches gilt für die authentischen Mitteilungen über die Zahl der Süchtigen, ihre Aufgliederung nach Alter und Beruf, ihren Verbrauch an Betäubungsmitteln u. a. m. Dieses Zahlenmaterial ist von der Bundesopiumstelle für die Bundesrepublik erstmalig im Jahre 1953 zusammengestellt worden. Es wird laufend ergänzt und statistisch ausgewertet, so daß allmählich für das gesamte Bundesgebiet Unterlagen zustande kommen, die von Jahr zu Jahr genauer werden und in etwa den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen dürften.

Die legale Weltproduktion an Opium betrug 1953 ungefähr 1 200 000 kg Rohopium (die illegale Gewinnung in China schätzt man auf 6 1/2 Millionen kg). Die Haupterzeugungsländer sind Indien, Iran, Türkei, Rußland, Jugoslawien. Aus der Hälfte dieser Menge, ungefähr 600 000 kg, ist Morphin gewonnen worden. Ein großer Teil der Opiumvorräte lagert noch in den einzelnen Erzeugerländern. Neben dem Opium als Rohstoff werden auch Mohnstroh bzw. die getrockneten und leeren Mohnkapseln als Rohstoff verwendet, nachdem bereits während des 1. Weltkrieges — besonders in Deutschland — Gewinnungsverfahren von Morphin aus diesem Rohstoff ausgearbeitet worden waren. Deutschland verarbeitet in einem Jahre nicht weniger als 1,5 Millionen kg Mohnkapseln, das ist ungefähr ein Sechstel der Menge, die in der ganzen Welt verarbeitet worden ist. Die Hälfte dieser Menge ist in Deutschland selbst angefallen, die andere Hälfte ist z. T. aus der Sowjetzone oder aus den Ostblockstaaten eingeführt worden. Die legale Gesamtproduktion an Morphin in der Welt beträgt ca. 80 000 kg; davon hat Deutschland im letzten Jahre ungefähr 9000 kg hergestellt (lediglich der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß die in Deutschland vorhandenen Verarbeitungsanlagen in der Lage sein würden, jährlich bis zu 25 000 kg Morphin zu gewinnen). Die Hauptherstellungsländer sind die USA, Rußland, Großbritannien, Ungarn, Deutschland, Niederlande, Jugoslawien. Mehr als 90% des gewonnenen Morphins werden in Kodein und Aethylmorphin umgewandelt oder dienen als Ausgangsstoffe für weitere Betäubungsmittel. Kodein und Aethylmorphin gehören nach dem Opiumgesetz zur Gruppe II der Betäubungsmittel. Diese sind einer wesentlich gelockerteren Überwachung unterworfen.

Bei den Kokablättern liegen ungefähr folgende Verhältnisse vor: Das Haupterzeugerland ist Peru, wo jährlich ca. 10 Mill. kg Kokablätter geerntet werden. Kleinere Anbaugebiete sind u. a. Kolumbien und Bolivien. Von den Kokablättern werden in der ganzen Welt nur etwa 1/2 Mill. kg verarbeitet. Hieraus werden ungefähr 2000 kg Kokain gewonnen, und zwar vornehmlich in den USA, Deutschland, Großbritannien und Frankreich.

In Westdeutschland werden bei 50 000 000 Einwohnern folgende Mengen an Betäubungsmitteln verbraucht:

Opium	ca.	360 kg			
Morphin	ca.	200 kg	(Weltbedarf	ca.	5— 6 000 kg)
Kodein	ca.	3 600 kg	(„	„	75—80 000 kg)
Dihydrokodein		400 kg	(„	„	5 000 kg)
Pethidine (z. B. Dolantin)		500 kg	(„	„	10 000 kg)
Methadone (z. B. Polamidon)		90 kg	(„	„	500 kg)
Kokain		20 kg	(„	„	2 000 kg)

Außerdem werden noch insgesamt 200 kg an synthetischen oder anderen umgewandelten Betäubungsmitteln, z. B. Acedicon, Dicodid, Dilaudid, Eukodal, verwandt.

Die wesentlichsten aus Deutschland exportierten Betäubungsmittel sind:

Morphin	ca.	300 kg
Kokain	„	450 kg
Dolantin	„	300 kg
Kodein	„	3 000 kg.

Obgleich diese Mengen im Vergleich zum Weltbedarf nur gering sind, sind sie doch nicht unbedeutend.

Wenn sich auch fast alle Vertragsmächte intensiv um eine Bekämpfung des Betäubungsmittelmißbrauchs bemühen, so ist doch festzustellen, daß es Rauschgifthändlern immer wieder gelingt, beträchtliche Mengen an Betäubungsmitteln in falsche oder ungesetzliche Kanäle zu leiten, von denen sicherlich nur der kleinste Teil durch die Kriminalpolizeien der Länder erfaßt wird. Die erfolgten Beschlagnahmen in der ganzen Welt belaufen sich jährlich auf ungefähr

	40 000 kg	Opium,
	20 000 kg	Kokablätter,
	25 000 kg	Indischen Hanf,
ca.	3 000 kg	Indisches Hanfharz,
	130 kg	Morphin,
	90 kg	Heroin.

Vorstehend mitgeteilte, sich auf das Jahr 1953 beziehende Zahlen geben nur einen kleinen Ausschnitt aus dem reichen Material wieder, das die Jahresberichte des Ständigen Opiumzentralausschusses enthalten. Diese Zahlen sind weder als geheim noch als vertraulich zu behandeln. Die Berichte sind vielmehr käuflich zu erwerben und jeder, der sich mit Betäubungsmitteln befaßt, sollte sie verfolgen, um ein zutreffendes Bild über die Gesamtlage zu gewinnen.

Wie bereits eingangs erwähnt, sind sämtliche Mitglieder oder Teilnehmerstaaten gehalten, sich ausführlich zu der Frage der in ihrem Lande festgestellten Zahl der Betäubungsmittelsüchtigen zu äußern. Diese Auflage dürfte der Hauptpunkt jeder Berichterstattung sein. Denn die Beschränkungen des Verkehrs mit Betäubungsmitteln und seine Überwachung haben letztlich das Ziel, die Betäubungsmittelsucht zu verhindern oder sie in tragbaren Grenzen zu halten. Die in einem Lande jeweils vorhandene Zahl der Süchtigen läßt daher in etwa und bei sehr vorsichtiger Wertung Rückschlüsse auf den Erfolg der Abwehrmaßnahmen in diesem Land zu, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß die wirtschaftliche und soziale Lage, der soziologische Aufbau eines Volkskörpers, die Lebensverhältnisse, die Lebensweise, das Klima, nicht zuletzt auch die Regierungsform, unter der ein Volk lebt, und viele andere Gesichtspunkte für den Umfang einer Rauschgiftsucht eine entscheidende Rolle spielen. Hinzu kommt, daß die Zahlen über die erfaßten Betäubungsmittelsüchtigen mit größter Vorsicht aufzunehmen sind, da in fast allen Ländern das Erfassungssystem, falls überhaupt vorhanden, verschieden ist und die Zahlen selbst kaum nachprüfbar sind. Auch für die Bundesrepublik sind die Zahlen über die Rauschgiftsüchtigen keineswegs 100⁰/₀ig zutreffend. Dennoch dürften sie ein annäherndes Bild vom Ausmaß der Rauschgiftsucht vermitteln. Sie können daher mit Einschränkungen als Grundlage für weitere Überlegungen und Erörterungen in der Rauschgiftfrage dienen. Die Zahlen stützen sich auf die von den Gesundheitsämtern nach einem von der Bundesopiumstelle ausgearbeiteten und einheitlich gestalteten Schema und gelangen über die obersten Gesundheitsbehörden der Länder jeweils im ersten Quartal des Jahres zur Bundesopiumstelle, wo sie als Grundlage für die Berichterstattung an die Vereinten Nationen für das gesamte Bundesgebiet zusammengestellt werden.

In der Tagespresse erfolgen in periodischen Zeitabständen immer wieder Veröffentlichungen über eine angeblich ungeheure Verbreitung der Rauschgiftsucht innerhalb der Bundesrepublik. Dabei werden Zahlen genannt, die in keiner Weise zutreffen. Es scheint daher angebracht, diese Zahlen einmal zu berichtigen.

Mit dem 31. 12. 1954 waren in der Bundesrepublik 5228 rauschgiftsüchtige Personen durch die Gesundheitsbehörden erfaßt und bekannt. Von diesen waren 3079 Männer und 2149 Frauen. Der größte Teil dieser Personen gehörte den Altersgruppen von 30 bis 50 Jahren an. Höhere und tiefere Altersgruppen wurden nur mit geringen Anteilen, von den Personen unter 20 Jahren in der ganzen Bundesrepublik nur 7, festgestellt. Wenn also oftmals von einer Gefährdung gerade der Jugendlichen durch Rauschgift geschrieben wird, so ist dies unrichtig. Unter den rauschgiftsüchtigen

Personen sind praktisch sämtliche Berufe vertreten. Es ist verständlich, daß die Angehörigen der Heilberufe, die durch ihren Dienst mit Betäubungsmitteln in Berührung kommen und daher besonders gefährdet sind, einen großen Teil der Süchtigen ausmachen. Ca. 20% aller erfaßten Rauschgiftsüchtigen gehören den Heilberufen an, wozu außer Ärzten, Apothekern und Heilpraktikern auch das große Heer des ärztlichen Hilfs- und Krankenpflegepersonals zu rechnen ist. Von den Ärzten sind 794 als rauschgiftsüchtig ermittelt worden, was bei insgesamt 69 000 Ärzten in der Bundesrepublik einem Verhältnis von 1 : 95 entspricht. Bei den Zahnärzten ist das Verhältnis 1 : 214, bei den Apothekern 1 : 846 und bei den Angehörigen des Krankenpflegepersonals und der Hilfsberufe ungefähr 1 : 570. Diese Zahlen können — wie bereits oben ausgeführt — keinen Anspruch auf absolute Richtigkeit erheben; sie geben aber zumindest nützliche Anhaltspunkte.

Aus den Berichten ist weiter zu entnehmen, daß die Gruppe der Betäubungsmittelsüchtigen, die Betäubungsmittel durch ungesetzlichen Bezug aus der Apotheke erhalten, ungefähr 40% beträgt, d. h. von ca. 5000 Personen beziehen ca. 2000 Betäubungsmittel auf Grund irgendwelcher ungesetzlichen Handlungen bei der Verschreibung oder Einlösung der Rezepte in den Apotheken. Hierzu gehören entweder Verschreibungen, die der Verschreibungsverordnung nicht entsprechen oder geänderte oder gefälschte Rezepte oder solche Verschreibungen, die auf Grund vorgetäuschter Krankheit ausgestellt sind u. a. m. Zu den Personen, die auf ungesetzlichem Wege Betäubungsmittel beziehen, zählen in erster Linie die Angehörigen der Heilberufe. Wie aus Statistiken im Vergleich zum Vorjahr festzustellen ist, sind diese Zahlen leicht im Ansteigen begriffen. Bei Gegenüberstellung der Zahlen über ermittelte Rauschgiftsüchtige zu den Bevölkerungszahlen der einzelnen Länder der Bundesrepublik ist eindeutig erkennbar, daß in Ländern mit vielen Großstädten oder in sogenannten Stadtstaaten die Zahl der Süchtigen, die auf jeweils 10 000 Einwohner entfällt, relativ hoch und in ländlichen Bereichen wesentlich geringer ist. Sie schwankt von 0,5 bis 2,3 : 10 000. Als Durchschnitt in der Bundesrepublik entfällt

1952 = 1	Süchtiger	auf	12 700	Köpfe	der Bevölkerung
1953 = 1	„	„	11 700	„	„ „
1954 = 1	„	„	9 938	„	„ „.

Für das Jahr 1954 ist damit gegenüber 1952 ein Anstieg der Betäubungsmittelsüchtigen um ca. 20% feststellbar. Diese Erhöhung ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Berichte von Jahr zu Jahr genauer werden und vor allen Dingen nunmehr die Personen als Süchtige mit erfaßt werden, welche die durch die Verordnung vom 16. 6. 1953 unterstellten Betäubungsmittel anwenden.

Im Rahmen der Erhebungen interessiert auch, welche Betäubungsmittel von den Süchtigen bevorzugt werden. Während man im Jahre 1953 den Eindruck hatte, als ob die synthetischen Betäubungsmittel im Vordergrund stünden, ergeben die Zahlen für 1954 ein eindeutiges Überwiegen des Morphins, dem sich in der Reihenfolge der Häufigkeit die synthetischen Betäubungsmittel unmittelbar anschließen. Hierzu einige Zahlen, nach denen von den Süchtigen bevorzugt benutzt wurde:

Morphin	zu 21,4 %
Polamidon	zu 17,5 %
Dolantin	zu 16,4 %
Pervitin	zu 6,8 %
Pantopon	zu 2,1 %
Kodein	zu 0,9 %
Kokain	zu 0,09 %
Indischer Hanf und Heroin	zu 0,06 %.

Die nicht genannten Betäubungsmittel rangieren zwischen diesen Zahlen. Aus der Aufstellung ist erkennbar, daß in Deutschland von einem Kokainmißbrauch oder einer mißbräuchlichen Verwendung des Indischen Hanf oder Heroin praktisch nicht gesprochen werden kann.

Ein Vergleich dieser Zahlen mit den aus der Zeit vor dem Kriege festgestellten ist nicht möglich, weil keine sicheren Beurteilungsgrundlagen vorhanden sind. Es ist jedoch die Annahme gerechtfertigt, daß der Krieg mit seinen verheerenden Folgen und die Nachkriegszeiten sich nicht so ausgewirkt haben, daß — wie oft behauptet wird — die Rauschgiftsucht gegenüber früher allgemein

erheblich und besorgniserregend angestiegen sei. Die Auffassung aller fachkundigen Kreise geht dahin, daß ein organisierter Rauschgiftschmuggel in Deutschland, wie er in den ersten Nachkriegsjahren nach dem 2. Weltkrieg vor allem durch das unkontrollierbare Verschwinden der Wehrmachtsbestände bedingt war, heute nicht mehr festzustellen ist, daß die Zahl der den Gesundheitsämtern bekannt werdenden Süchtigen zur Gesamtbevölkerung in einem tragbaren Verhältnis steht und die Süchtigen — von Ausnahmen abgesehen — keine direkte öffentliche Gefahr bedeuten. Weiter breitet sich immer mehr die Meinung aus, daß die Rauschgiftsucht der Angehörigen der besonders gefährdeten Heilberufe von Behörden und Standesorganisationen aufmerksam zu beobachten ist. In dieser Beziehung sind die Leitsätze über die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung und die Richtlinien zur Behandlung von rauschgiftgefährdeten und rauschgiftsüchtigen Ärzten, die das Präsidium des Deutschen Ärztetages — lt. »Ärztlichen Mitteilungen« vom Oktober 1955 — aufgestellt hat, durchaus aktuell.

An Hand der Originalberichte europäischer und außereuropäischer Länder soll ein Überblick über das Ausmaß der in diesen Ländern bestehenden Rauschgiftsucht gegeben werden:

So entfielen in Norwegen	1	Süchtiger auf	ca.	10 000	Köpfe der Bevölkerung,
„ Belgien	1	„ „	„	50 000	„ „ „
„ Italien	1	„ „	„	60 000	„ „ „
„ Griechenland	1	„ „	„	50 000	„ „ „
„ Großbritannien	1	„ „	„	170 000	„ „ „
„ Schweiz	1	„ „	„	33 000	„ „ „
„ Frankreich	1	„ „	„	42 000	„ „ „
„ USA	1	„ „	„	3 000	„ „ „
„ Ägypten	1	„ „	„	140	„ „ „ .

Von der Türkei war ein Verhältnis 1 : 30 000 berichtet worden; aus anderen Veröffentlichungen geht aber hervor, daß die Zahl der Süchtigen in der Türkei auf 30 000 geschätzt wird, was bei einer Bevölkerungszahl von 23 000 000 einem Verhältnis von 1 : 700 entspricht. Rußland und Polen, die ähnlich wie Griechenland und Ungarn über ein Staatsmonopol verfügen, geben nur geringste Zahlen über Betäubungsmittelsüchtige bekannt. Wenn bei dem einen oder anderen Land die Zahlen auch zutreffen mögen, so dürften sie doch mit größter Vorsicht zu bewerten und auf Grund der Verschiedenheit der Erfassungsmöglichkeiten nur bedingt untereinander oder mit den Angaben aus der Bundesrepublik zu vergleichen sein.

Aus allen Berichten geht aber hervor, daß fast sämtliche Länder der Erde bemüht sind, der Rauschgiftsucht wirksam zu begegnen. Wie sehr jedoch die nationale Rauschgiftgesetzgebung in den einzelnen Ländern voneinander abweicht, geht aus einer im vorigen Jahr ergangenen Mitteilung über das türkische Rauschgiftgesetz hervor, in der es heißt, daß

> »ungesetzliche Produktion oder Handel von Rauschgiften mit nicht weniger als 10 Jahren Schwerarbeit, Landesverbannung und Einzug des Vermögens, ein Rauschgiftvergehen mit Heroin, Kokain oder Haschisch mit lebenslänglichem Zuchthaus bestraft wird. Personen, die Rauschgiftsüchtigen Obdach gewähren, erhalten Gefängnis oder andere hohe Strafen. Bei Angehörigen der pharmazeutischen Industrie oder Ärzten kann bei Rauschgiftvergehen die lebenslängliche Zuchthausstrafe in Todesstrafe umgewandelt werden«.

Aus dieser Veröffentlichung geht hervor, daß im Vorderen Orient völlig andere Verhältnisse vorherrschen als z. B. in den hochzivilisierten Ländern des Westens.

Die Sammlung derartiger Unterlagen und die Berichterstattung hierüber sind nicht Selbstzweck. Das Berichtsmaterial steht vielmehr allen Gesundheits- und Kriminalbehörden, Forschungsanstalten und einzelnen Wissenschaftlern uneingeschränkt zur Verfügung, um sie in die Lage zu versetzen, sich über die tatsächlichen Verhältnisse einen Gesamtüberblick zu verschaffen und es in dem jeweiligen Spezialbereich entsprechend zu vertreten.

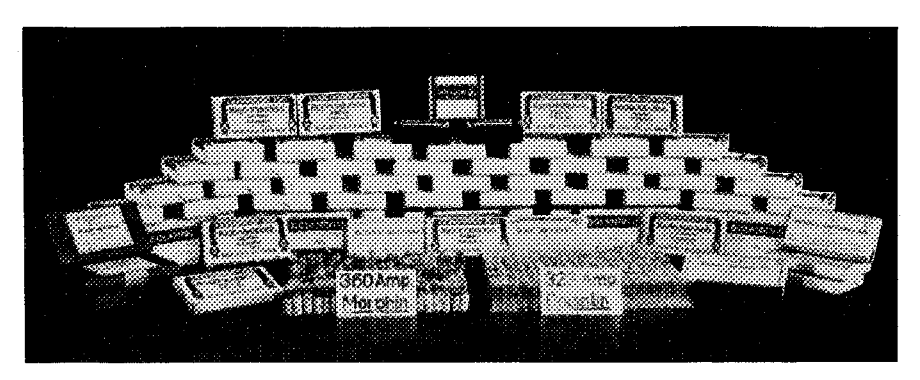
Zu 8 bis 10: Wissenschaftliche Forschung, Beratung von Behörden, Vorbereitung gesetzlicher Maßnahmen

Auf fast allen Gebieten der Arzneimittelforschung sind in den letzten Jahren große Erfolge erzielt worden, neue bahnen sich an. Ebenso liegen die Dinge auf dem Gebiete der Erforschung der Betäubungsmittel und der diesen nahestehenden Stoffe. Abgesehen von der Synthetisierung neuer Stoffe steht zur Zeit vor allem die Forschung über Betäubungsmittel-

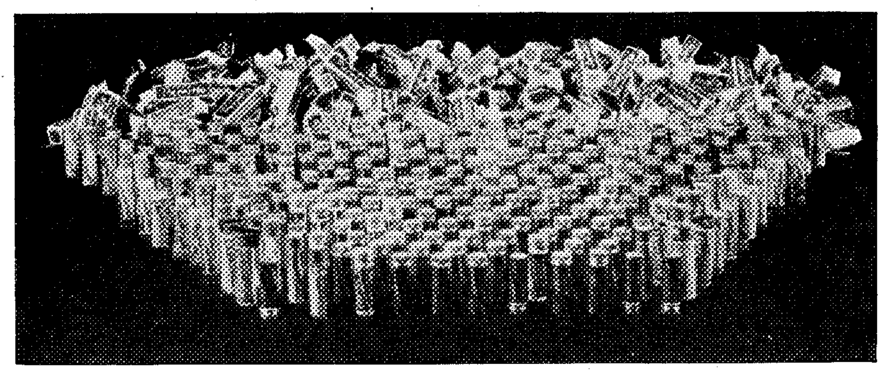
Antagonisten im Vordergrund des Interesses, d. h. über Stoffe, die geeignet sind, den unerwünschten Nebenwirkungen der Betäubungsmittel entgegenzuwirken, ohne ihren analgetischen Effekt zu beeinträchtigen. Auf diesem Gebiete zeichnen sich bereits hervorragende Erfolge ab. Die ständige Beobachtung der Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten ist eine wichtige Aufgabe der Bundesopiumstelle, weil sich hiernach auch ihre umfangreiche beratende und gutachtliche Tätigkeit bemißt, die nicht selten zur Einleitung von Verwaltungsmaßnahmen oder zur Vorbereitung neuer gesetzlicher Bestimmungen führt.

Es darf die Überzeugung ausgesprochen werden, daß es der gemeinsamen Arbeit aller beteiligten Dienststellen — der Gesundheits- und Kriminalbehörden der Länder und des Bundes — auch in Zukunft gelingen wird, die Rauschgiftsucht in ihrem Ausmaß und ihrer Intensität so unter Kontrolle zu halten, daß eine Gefährdung der Öffentlichkeit vermieden wird. Die unerläßliche Voraussetzung hierzu ist das entschlossene Zusammenarbeiten aller in Frage kommenden Behörden und Organisationen.





Vierteljahresverbrauch an Morphium und Dolantin durch einen 37jährigen süchtigen, kriegsbeschädigten Arzt in Norddeutschland. Die leeren Ampullen und das Verpackungsmaterial wurden in der Wohnung sichergestellt.



Festgestellter Pervitinverbrauch einer süchtigen Ärztin in 10 Monaten: 5670 Tabletten.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Die Arbeit der Rauschgiftkommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen (UN)

Regierungsdirektor Dr. Danner, Bundesministerium des Innern

Die Rauschgiftkommission der Vereinten Nationen ist eine Beratungskörperschaft der Vereinten Nationen. Einleitend dürfte es sich empfehlen, einen kurzen Überblick über die Organisation der Vereinten Nationen zu geben, woraus dann zu ersehen ist, welche Auswirkungen die Beschlüsse oder Empfehlungen der Rauschgiftkommission haben.

Die Vereinten Nationen wurden 1945 gegründet. Mitglieder sind rund 60 Staaten der Welt. Die Hauptorgane der Vereinten Nationen sind folgende:

I. Die Vollversammlung,
in der alle Mitglieder vertreten sind; jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Vollversammlung tagt jedes Jahr einmal und trägt die Verantwortung für die gesamte Arbeit der Vereinten Nationen.

II. Der Sicherheitsrat,
bestehend aus elf Mitgliedern. Von diesen elf Mitgliedern sind fünf sogenannte ständige Mitglieder. Hauptaufgabe des Sicherheitsrates: »Wahrung des Friedens«.

III. Der Wirtschafts- und Sozialrat,
bestehend aus achtzehn Mitgliedern, von denen je sechs jeweils auf drei Jahre von der Generalversammlung gewählt werden. Er ist verantwortlich für die Steigerung des Lebensstandards, für die Verhältnisse auf sozialem Gebiet und für die Förderung der internationalen Beziehungen auf kulturellem Gebiet.

Im Wirtschafts- und Sozialrat wird die uns hier interessierende Aufgabe der Bekämpfung der Krankheiten und Süchte beraten. Bei dem Wirtschafts- und Sozialrat bestehen eine Reihe von sogenannten Sonderorganisationen, die auf Vereinbarungen zwischen den beteiligten Ländern beruhen. Auch Nichtmitglieder der Vereinten Nationen können diesen Sonderorganisationen angehören. Die wichtigsten Sonderorganisationen innerhalb des Wirtschafts- und Sozialrates sind:

1. Internationale Arbeitsorganisation (ILO),
2. Nahrungs- und Wirtschaftsorganisation (FAO),
3. Organisation für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (Unesco),
4. Welt-Gesundheitsorganisation (WHO).

Die weiteren Organe der Vereinten Nationen sind:

IV. Der Treuhänderrat,
V. der Internationale Gerichtshof und
VI. das Sekretariat.

Zur Beratung bzw. Bearbeitung der Fragen des internationalen Betäubungsmittelverkehrs besteht im Wirtschafts- und Sozialrat eine eigene Abteilung, die technische und organisatorische Arbeiten für die »Betäubungsmittelkommission« ausführt. Die Betäubungsmittelkommission ist eine beratende Körperschaft, die zur Zeit aus 15 Mitgliedern besteht. Neben diesem beratenden Organ hat der Wirtschafts- und Sozialrat noch den ständigen zentralen »Opiumausschuß« und den sogenannten »Überwachungsausschuß für Opium«, beides Verwaltungsstellen, die alle auf Grund der bestehenden internationalen Abmachungen abzugebenden Meldungen und Statistiken sammeln und so ein übersichtliches Bild über den

gesamten Weltverkehr an Betäubungsmitteln erarbeiten. Die Betäubungsmittelkommission tagt jährlich einmal für die Dauer von etwa vier Wochen. Sie kann auf dem Gebiete der internationalen Betäubungsmittelabkommen als eine Art gesetzgebende Versammlung betrachtet werden. An den Sitzungen der Betäubungsmittelkommission nehmen neben Vertretern der WHO, des Ständigen Zentralausschusses und des Überwachungsausschusses für Opium auch Vertreter der Internationalen Kriminalpolzeilichen Kommission (IKPK) teil.

Zur Erläuterung der dieser Kommission obliegenden Arbeiten ist es notwendig, die bestehenden internationalen Abkommen kurz zu beschreiben:

Die erste internationale Vereinbarung auf dem Gebiete der Betäubungsmittel kam 1909 auf einer Konferenz in Schanghai zustande. Das Abkommen enthält Bestimmungen über die Ein- und Ausfuhr von Opium und Opiumzubereitungen. Bis 1912 hatte sich jedoch bereits gezeigt, daß diese Bestimmungen nicht genügten, um dem illegalen Opiumhandel Einhalt zu gebieten. 1912 wurde in Den Haag ein neues Abkommen geschlossen, an dem sich bedeutend mehr Staaten als an dem von Schanghai, u. a. auch Deutschland, beteiligten. Bis zum Beginn des ersten Weltkrieges war dieses Abkommen noch nicht von der notwendigen Zahl von Mitgliedstaaten ratifiziert worden. Bei Abschluß des Friedensvertrages von Versailles wurde das Abkommen von 1912 in den Friedensvertrag mit einbezogen. Im Jahre 1920 unterzeichneten 24 Staaten mit ihm auch das Protokoll von 1912. Die Unterzeichner-Staaten verpflichteten sich, Erzeugung und Vertrieb von Rohopium streng zu überwachen und die Ausfuhr von Opium nach Ländern zu verhindern, sofern dort die Einfuhr verboten ist bzw. die Ausfuhr zu überwachen, sofern die Einfuhr erlaubt ist. Das Abkommen galt auch für das sogenannte zubereitete Opium, das Opium für medizinische Zwecke, Morphin, das Hauptalkaloid des Opiums, Kokain und Heroin. Außerdem wurde die grundsätzliche Vereinbarung getroffen, daß die Verwendung dieser Betäubungsmittel nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke erlaubt sein solle. Andere Verwendungszwecke waren verboten. Die Grundlage einer internationalen Opiumgesetzgebung war damit gegeben.

Es erwies sich jedoch bald als erforderlich, genauere Bestimmungen über die von jedem Staat vorzusehenden Einschränkungen zu treffen. Wie in der Präambel eines weiteren Abkommens aus dem Jahre 1925 ausgedrückt ist, haben die bezeichneten Länder

> »in der Erwägung, daß die Anwendung der Bestimmungen des Den Haager Abkommens vom 23. Januar 1912 durch die vertragschließenden Teile bedeutungsvolle Ergebnisse gezeitigt hat, daß aber mit den Stoffen und Zubereitungen, die von dem Abkommen betroffen werden, immer noch in großem Maße Schmuggel und Mißbrauch getrieben wird,
>
> in der Überzeugung, daß Schmuggel und Mißbrauch mit diesen Stoffen und Zubereitungen nur dadurch wirksam bekämpft werden können, daß deren Gewinnung und Herstellung in wirksamer Weise eingeschränkt und über den internationalen Handel eine schärfere Kontrolle und Überwachung ausgeübt wird, als es in dem besagten Abkommen vorgesehen ist,
>
> in dem Wunsche, zur Erreichung des Zwecks besagten Abkommens weitere Maßnahmen zu treffen und seine Bestimmungen zu vervollständigen und zu verschärfen,
>
> in dem Bewußtsein, daß zu dieser Einschränkung und Kontrolle die enge Zusammenarbeit aller vertragschließenden Teile nötig ist,
>
> im Vertrauen darauf, daß dieses menschenfreundliche Bestreben die einmütige Zustimmung der beteiligten Länder finden wird,
>
> beschlossen, zu diesem Zwecke ein Abkommen zu schließen«.

Zunächst werden in dem Abkommen von 1925 genaue Definitionen der betroffenen Stoffe gebracht. Die Vertragspartner vereinbaren,

> daß sie Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr und Vertrieb dieser Stoffe nur so weit zulassen, als sie für medizinische und wissenschaftliche Verwendung benötigt werden.

Sie verpflichten sich, alle Personen zu überwachen, die die unterstellten Stoffe herstellen, einführen, ausführen und vertreiben. Diese Personen bedürfen seitdem einer ausdrücklichen behördlichen Erlaubnis.

Dem Hygieneausschuß des Völkerbundes wird eine beratende Stellung hinsichtlich der Zubereitungen aus Betäubungsmitteln eingeräumt.

Für die Ein- und Ausfuhr werden Fristen festgesetzt; die Ausfuhrgenehmigung wird nur erteilt, wenn die Regierung des Einfuhrlandes die Einfuhr genehmigt hat.

Es wird ein »Ständiger Zentralausschuß« gebildet, der von den vertragschließenden Parteien alljährlich Statistiken über die Ein- und Ausfuhr der Stoffe und Schätzungen der Teilnehmer über den voraussichtlichen Bedarf erhalten soll.

Der »Zentralausschuß« überwacht ständig die Bewegung des internationalen Marktes und ist berechtigt, bei Anhäufungen von Stoffen in einem Lande von dem betreffenden Lande durch Vermittlung des Generalsekretärs des Völkerbundes Aufklärung zu verlangen. Gegebenenfalls ist der Zentralausschuß berechtigt, den Mitgliedstaaten des Abkommens zu empfehlen, keine weiteren Stoffe nach dem betreffenden Staat auszuführen.

Die beiden Abkommen von 1912 und 1925 wurden durch ein weiteres Abkommen aus dem Jahre 1931 vervollständigt, und zwar dahingehend, daß die Beschränkung der Herstellung der Betäubungsmittel auf den rechtmäßigen Weltbedarf für medizinische und wissenschaftliche Zwecke durch internationale Vereinbarung wirksam gemacht werde.

Neben neuen Definitionen der Stoffe wird ein genaues System der Schätzungen und vierteljährlicher Bestands- und Verbrauchsmeldungen eingeführt. Die Schätzungen der Mitgliedsparteien werden durch einen neugegründeten »Überwachungsausschuß« überprüft. Die Staaten verpflichten sich, nicht mehr Betäubungsmittel in ihrem Lande herzustellen bzw. zu lagern, als dem Gesamtbedarf einschließlich eines evtl. Exports entspricht.

Außerdem wird jeder Teilnehmerstaat verpflichtet, eine besondere Verwaltung für den Verkehr mit Betäubungsmitteln einzurichten.

Ein weiteres internationales Abkommen aus dem Jahre 1936 mit dem Titel »Abkommen zur Bekämpfung des gesetzwidrigen Handels mit Rauschgiften« bringt im wesentlichen nur verschärfte Strafbestimmungen. Deutschland ist nicht Mitglied dieses Abkommens.

Ein Jahr nach Gründung der Vereinten Nationen (1946) wurde ein Protokoll unterzeichnet, das die formale und verfahrensmäßige Umstellung der Organe der Betäubungsmittelüberwachung auf die Vereinten Nationen beinhaltet.

Ein weiteres Protokoll von 1948 hat zum Inhalt, daß der Generalsekretär der Vereinten Nationen nach Beratung mit der Kommission und dem Sachverständigenausschuß der WHO einen synthetischen Stoff den Bestimmungen der Betäubungsmittelabkommen unterwerfen kann. Hierdurch kann eine beliebige chemische Verbindung, die nachweislich suchterzeugende Eigenschaften besitzt, mit allen rechtlichen Wirkungen zum Betäubungsmittel erklärt werden.

Das Abkommen von 1953 über die Regelung von Opium und über den Anbau von Mohn brachte die Bestimmung, daß nur die im Abkommen aufgezählten Länder, nämlich Indien, Türkei, Jugoslawien, Griechenland, Bulgarien, Iran und die Sowjetunion berechtigt sind, Opium zu erzeugen und auf den Markt zu bringen. Die Unterzeichnerstaaten verpflichten sich, von anderen Ländern kein Opium zu erwerben.

Der Anbau von Mohn und der Handel mit Mohnstroh soll lizenziert bzw. überwacht werden.

In diesem Netzwerk von bestehenden internationalen Vereinbarungen soll nun die Betäubungsmittelkommission der Vereinten Nationen arbeiten, um zu dem erstrebten Ziel — die Ausschaltung jeglichen Mißbrauchs von Betäubungsmitteln — zu gelangen. Bereits seit 5 Jahren besteht der Plan und der erste Entwurf eines sogenannten »Einzigen Abkommens« (»Single Convention«). Diese Single Convention soll alle bisher getroffenen neun Abkommen in sich enthalten und ersetzen.

Die im Laufe der letzten 30 Jahre entwickelten Überwachungsvorschriften für die sogenannten natürlichen Betäubungsmittel, d. h. die Betäubungsmittel, die aus pflanzlichen Produkten erzeugt werden, sind durch das Protokoll von 1953 so weit verfeinert worden, daß weitere Bestimmungen auf diesem Gebiete im internationalen Bereich nicht erforderlich erscheinen. Für die »Single Convention« wurde in den letzten Sitzungen insbesondere die Frage der Überwachung und Beschränkung der Herstellung von synthetischen Betäubungsmitteln und die der Überwachung und Verarbeitung von Mohnstroh diskutiert.

Die Frage der synthetischen Betäubungsmittel ist in den letzten Jahren von immer wachsender Bedeutung geworden. Synthetisch hergestellte, d. h. in einem Laboratorium aus beliebigen Rohstoffen erzeugte chemische Verbindungen, können auf Menschen suchterzeugend wirken. Die Eigenschaft der Suchterzeugung kann aus der Zusammensetzung der chemischen Verbindung nicht ohne weiteres entnommen werden, wenn auch gewisse Verbindungen Suchtwirkungen erwarten lassen. Das Bestreben, immer bessere, schmerzstillende Mittel zu finden, die nicht suchterzeugend sind, ist

vom therapeutischen Standpunkt aus höchst wünschenswert und soll nicht beschränkt werden. Andererseits ist es bedenklich, wenn immer neue Stoffe, die süchtig machen können, in der Medizin verwendet werden. Es ist deshalb sehr wichtig, die suchterzeugenden Eigenschaften einer neuen Verbindung möglichst frühzeitig zu erkennen, um nicht durch die unbeschränkte Verwendung dieses Stoffes neue Gefahrenquellen für Suchtanfällige zu schaffen. Daraus ergibt sich das Problem, w a n n ein neuer Stoff den Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung unterstellt werden soll.

Soll schon die Vermutung, daß ein neuer Stoff suchterzeugend sein kann, genügen, um ihn vorsichtshalber zum Betäubungsmittel zu erklären?

Die derzeitige für die »Single Convention« geplante Regelung sieht folgendes vor:

1. Besonders gefährliche süchtigmachende Stoffe, gleichgültig, ob sie synthetisch oder aus natürlichen Rohstoffen hergestellt werden, sollen hinsichtlich der Herstellung, des Handels und des Besitzes verboten werden können. Für wissenschaftliche Experimente können Ausnahmen gemacht werden.
2. Die innere Packung aller synthetischen Betäubungsmittel ist durch eine deutlich erkennbare doppelte rote Linie kenntlich zu machen.
3. Verbindungen, die selbst keine Betäubungsmittel sind, aber als Ausgangsstoffe für solche dienen, sollen überwacht werden.

Weiterhin wurde vorgeschlagen, daß jeder Teilnehmerstaat seine Vermutungen über die Suchtgefährlichkeit eines neuen Stoffes dem Generalsekretär mitteilen solle. Der Generalsekretär unterrichtet davon alle Mitgliedstaaten, die Betäubungsmittelkommission und die Welt-Gesundheits-Organisation. Während der Entscheidung darüber, ob dieser Stoff als Betäubungsmittel angesehen werden muß, werden die Teilnehmer verpflichtet, nach den bestehenden Abkommen eine vorläufige Kontrolle über diesen Stoff auszuüben. Gegen diese Bestimmung wird eingewandt, daß jeder beliebige Staat durch die bloße Äußerung einer Vermutung alle anderen verpflichten könne, einen noch nicht auf seine Eigenschaften geprüften Stoff als Betäubungsmittel zu behandeln.

Die von dem Generalsekretär mitgeteilte Vermutung über die suchterzeugenden Eigenschaften eines neuen Stoffes werden von einem Sachverständigenausschuß der WHO wissenschaftlich, evtl. durch klinische Versuche, überprüft. Entsprechend den Ergebnissen schlägt die WHO vor, den Stoff den Bestimmungen der internationalen Abkommen zu unterwerfen. Die Entscheidung darüber trifft die Betäubungsmittelkommission der Vereinten Nationen, die alsdann allen Mitgliedstaaten als Verpflichtung, danach zu verfahren, auferlegt wird. Durch diese Entscheidung wird ein neuer Stoff endgültig zum Betäubungsmittel im Sinne der internationalen Vorschriften erklärt.

In der Frage der Behandlung der synthetischen Betäubungsmittel bestehen bei den Mitgliedstaaten der Kommission hinsichtlich des eben beschriebenen Verfahrens erhebliche Unterschiede in der Auffassung. Die Opium erzeugenden Länder wie Indien, Türkei, Iran, Jugoslawien sind der Auffassung, daß alle synthetischen Betäubungsmittel wegen ihrer nicht übersehbaren Gefahren hinsichtlich der Suchterzeugung verboten werden sollten, bis ihre Ungefährlichkeit bewiesen worden sei. Demgegenüber stehen andere Länder auf dem Standpunkt, daß ein Stoff nicht verboten werden könne, solange seine Gefährlichkeit nicht bewiesen sei. Durch das oben erwähnte Verbot werde die Möglichkeit ausgeschaltet, über den betreffenden Stoff Erfahrungen hinsichtlich seiner therapeutischen Anwendungsmöglichkeiten zu sammeln. Die Forschung auf diesem Gebiet, deren Ziel es sein müsse, möglichst gute schmerzstillende Mittel ohne suchterzeugende Eigenschaften zu erfinden, werde aber dadurch erheblich eingeschränkt.

Die Erörterung über die Regelung aller dieser Fragen ist noch nicht abgeschlossen und wird bei der Vielfältigkeit des Problems noch manche Diskussionen auslösen. Trotzdem erscheint es unerläßlich, eine Lösung zu finden, die einerseits sicherstellt, daß durch neuentdeckte Stoffe keine zusätzlichen Suchtgefahren entstehen, und andererseits die Forschung nach dem »idealen Betäubungsmittel ohne Suchterzeugung« nicht behindert wird.

Trotz der in gewissem Umfange vorhandenen wirtschaftlichen Gegensätze in der Betäubungsmittelkommission ist es sehr eindrucksvoll, unter den Mitgliedern dieser Kommission eine Geschlossenheit der Auffassungen festzustellen, die dahin geht, für die Zukunft die objektiven Gefahrenquellen der Betäubungsmittelsucht auf der ganzen Welt möglichst aufzuheben bzw. auf das infolge therapeutischer Maßnahmen unvermeidliche Maß zu beschränken. In diesem Kampf gegen die Betäubungsmittelsucht nimmt die Betäubungsmittelkommission der Vereinten Nationen eine Schlüsselstellung ein, deren Bedeutung für die Wohlfahrt aller Staaten nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Erscheinungsformen der Rauschgiftdelikte

Regierungs- und Kriminalrat Eschenbach, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Personen, die Rauschgiften und Betäubungsmitteln verfallen, sind früher oder später gezwungen, ein gesetzloses Leben zu führen, denn sie können sich die suchtbildenden Arzneimittel nur illegal verschaffen. Für das weitere Schicksal kriminell gewordener Süchtiger sind neben Ärzten vor allem Kriminalisten und Juristen mitbestimmend.

Der Kriminalbeamte sieht seiner Aufgabe entsprechend in dem kriminell gewordenen Süchtigen in erster Linie den Rechtsbrecher, den es zu ermitteln, festzunehmen und zu überführen gilt. Für ihn ist es von nachgeordneter Bedeutung, ob der Betroffene schuldhaft im Sinne des Gesetzes gehandelt hat. Es ist daher verständlich, daß der Kriminalist dem kriminell gewordenen Süchtigen gegenüber, der ihm als Betrüger, Fälscher, Dieb, als reisender und immer wieder rückfällig werdender Täter entgegentritt, zu einer schärferen und kompromißloseren Einstellung kommen muß als der Arzt. Der Arzt sieht in dem Süchtigen, auch wenn er rechtswidrig handelt, immer nur den Kranken, den Hilfs- und Schutzbedürftigen.

Im Ziel aber sind sich Arzt und Kriminalist einig, denn es besteht dauernd die Gefahr, daß bei Nichteinhalten der gesetzlichen Bestimmungen und bei Lockerung der Überwachungsmaßnahmen mit der Sucht auch die Suchtkriminalität lawinenartig anschwillt.

Die Ursachen, die einen süchtig gewordenen Menschen straffällig und rückfällig werden lassen, sind z. T. andere und auch zwingendere als bei den übrigen Tätergruppen.

Süchtige sind psychisch und oft auch physisch krank. Die Sucht ist eine seelische Störung. Sie mildert die Willenskraft und senkt das Niveau der Persönlichkeit. Es kann zu einer schweren seelischen Verwahrlosung kommen. Wenn auch zunächst meist die Verstandesfähigkeiten erhalten bleiben, so erfährt der Charakter doch sehr bald nachteilige Veränderungen. Die Süchtigen werden energie- und haltlos, unzuverlässig, eingebildet, oberflächlich und gleichgültig gegen Familie und Beruf. Alles Denken richtet sich auf die Erlangung der Drogen. In ihrem Hemmungs- und Unterscheidungsvermögen derart erheblich gemindert, sind sie unberechenbar und latent gefährlich.

Diesen Haltlosen und Charakterschwachen ist es nicht möglich, sich aus eigener Kraft von den Suchtmitteln freizumachen. Sie bleiben auch nach einer oder mehreren Entziehungskuren immer rückfallgefährdet. Bei situationsbedingten Konflikten flüchten sie auf Grund früherer Erfahrungen nur zu schnell erneut zu den Suchtmitteln, um ihre innere Verstimmung zu beseitigen, statt sich gegen die äußeren Unannehmlichkeiten und Belastungen stark zu machen. Je kürzer die zeitliche Distanz zum letzten Suchtmittelmißbrauch ist, desto größer ist die Rückfallgefahr.

Die Motive, die zum Mißbrauch der Rauschgifte und der Betäubungsmittel führen, sind verschieden. Die Ursache des fortgesetzten Mißbrauchs dagegen ist immer dieselbe: die Notwendigkeit, durch Weiterbeschaffung der Mittel existenzfähig zu bleiben und den so gefürchteten Abstinenzerscheinungen — Symptome eines regelrechten und schweren Krankheitszustandes — zu entgehen. Der unaufhörliche und unerträgliche Hunger nach dem Gift kann infolge der Toleranzsteigerung nur durch immer größere Dosierungen gedämpft werden.

Um Rauschgifte und Betäubungsmittel zu bekommen, sind die Süchtigen zu jedem finanziellen Opfer bereit. Sie ruinieren dadurch sich und die von ihnen Abhängigen. Aber auch mit Hilfe des Geldes ist es nur schwer möglich, die gewünschten Drogen in ausreichender Menge laufend zu erlangen. Es bleibt ihnen daher nichts anderes übrig, als sich die Mittel widerrechtlich zu beschaffen, also zu betrügen, zu stehlen, zu fälschen. Die toxische Umstimmung des geistig-seelischen Organismus führt zwangsläufig zur völligen Unterordnung aller sozialen und ethischen Gesichtspunkte unter die auf Beschaffung von Suchtmitteln gerichteten Bestrebungen. Das Gefühl für soziale Verpflichtungen schwindet, sie werden asozial.

Ein hoher Prozentsatz der Süchtigen wird von Ärzten und Pflegepersonal gestellt. Diese Feststellung muß alarmierend wirken, denn Medizinalpersonen tragen die Verantwortung für das Wohl und Wehe der ihnen anvertrauten Kranken. Moral, Kritikfähigkeit, Entschlußkraft und Verantwortungsbewußtsein sind bei Süchtigen erheblich gemindert. Die Nichtbeachtung der pflichtmäßig gebotenen Sorgfalt bei der sich am lebenden Menschen vollziehenden ärztlichen, insbesondere operativen Berufstätigkeit stellt aber eine erhebliche Gefährdung der Allgemeinheit dar. Süchtige Ärzte sind eher als ihre suchtfreien Kollegen geneigt, in nicht indizierten Fällen Suchtmittel zu verschreiben. Nicht zu Unrecht wird daher gefordert, ein besonderes Augenmerk auf Medizinalpersonen zu richten. Süchtigen Ärzten gegenüber ist Milde und Nachsicht unangebracht.

Gewöhnung ohne Absicht, Nachahmung, Neugierde, Überredung und Verführung, Genußgier sowie Ersatzverlangen und Weltflucht führen zur Sucht. Der Mißbrauch suchtbildender Arzneimittel hat nach dem letzten Kriege zugenommen. Gründe hierfür mögen u. a. sein: Überforderung der Arbeitskraft, seelische Belastung im Arbeitsprozeß und im täglichen Leben, eine gewisse Lockerung und Verflachung der ärztlichen Einstellung, die Tatsache, daß manche Mittel nur rezeptpflichtig, aber nicht der Verschreibungsverordnung unterstellt sind und daß die pharmazeutische Industrie immer neue Präparate in den Handel bringt, bei denen die Suchtgefahr erst später erkannt wird und damit immer wieder ein Ausweichen der Süchtigen auf diese Mittel ermöglicht.

Aus diesen Gründen, die noch um weitere vermehrt werden könnten, muß dem Suchtproblem und der Rauschgiftkriminalität durch die Kriminalpolizei große Bedeutung beigemessen werden. Die Bearbeitung dieser Delikte darf nur spezialistisch geschulten Beamten übertragen werden.

Für den Kriminalisten steht die Täterpersönlichkeit im Mittelpunkt aller Betrachtungen. Erst wenn sie erforscht ist, wenn Arbeitsweise, Mentalität und die gesamten Lebensäußerungen des Verbrechers erkannt sind, können wirksame Vorbeugungs- und Abwehrmaßnahmen entwickelt werden.

Kriminologische Fragen stehen daher im Mittelpunkt der Betrachtung. Die Ursachen, die zur Sucht und die Beweggründe, die zur Rauschgiftkriminalität führen, sind bereits eingehend dargelegt worden. Die Täterpersönlichkeit des Süchtigen unter medizinisch-psychiatrischen Gesichtspunkten ist gewürdigt. Es bleibt — da die rein kriminalistischen Fragen der Aufklärung und Verhütung von Rauschgiftdelikten durch in- und ausländische Spezialisten erörtert werden — die Aufgabe, die Erscheinungsformen der Rauschgiftdelikte und damit die Arbeitsweise und die Täterpersönlichkeit kriminell gewordener Süchtiger zu behandeln.

Obwohl diese Erscheinungsformen den alten Praktikern bekannt sind, dürfte doch ein Gesamtüberblick gerechtfertigt und mit Rücksicht auf die jüngeren Sachbearbeiter geboten sein. Dieser Überblick soll an Hand charakteristischer Beispiele aus jüngster Praxis gegeben werden.

Auf dem Gebiet der Rauschgiftkriminalität treten uns zwei unterschiedliche Tätergruppen entgegen:

1. Süchtige, Personen also, die den Rauschgiften und Betäubungsmitteln verfallen und mit allen Mitteln — auch mit illegalen — bestrebt sind, sich die für sie lebensnotwendigen Drogen zu beschaffen,
2. Personen, die — ohne selbst süchtig zu sein — die krankhafte Leidenschaft anderer ausnützen, indem sie ihnen zu Überpreisen die gewünschten suchtbildenden Arzneimittel zugänglich machen.

Die süchtigen Täter werden als

Rezepterschleicher,
Rezeptdiebe und -fälscher,
Rauschgift- und Betäubungsmitteldiebe und
Vielverschreiber

tätig.

Nichtsüchtige Täter, die aus der Sucht anderer unmittelbar oder mittelbar Gewinn erzielen, arbeiten als

Vielverschreiber,
Diebe und Einbrecher,
Betrüger und
Händler und Schmuggler.

Süchtige Täter

Bei der Überprüfung der kriminellen Lebensläufe Süchtiger stellen wir fest, daß auch sie dem Gesetz der Perseveranz unterliegen, sich also eine ganz bestimmte Arbeitsweise zulegen, die sie beharrlich immer wieder kopieren. Dieses gleiche Vorgehen, dieser gleiche Trick, ist für einen bestimmten Täter charakteristisch — eine kriminologische Erkenntnis, die für die Verbrechensbekämpfung von außerordentlicher Bedeutung ist.

Die Suchtkriminellen arbeiten nach Art der Betrüger. Sie täuschen dem Arzt Leiden vor, erregen in dem Apotheker den Irrtum, das vorgelegte Rezept sei von einem Arzt ausgefertigt worden, machen Arzt und Apotheker glauben, sie seien Kassenpatienten und dergl. mehr. Sie spielen die Rolle des Kranken in jeder Weise gekonnt, zumal sie oft am eigenen Leibe die Symptome von Nieren- und Gallenkoliken — den meist vorgetäuschten Krankheiten — erfahren und sich ausreichende medizinische Kenntnisse erworben haben. Sie verstehen es darüber hinaus, sich anzupassen, einzufühlen und den Arzt psychologisch »richtig zu nehmen«. Zeitmangel infolge Arbeitsüberlastung, Leichtfertigkeit und Fahrlässigkeit kommen den Absichten der Täter entgegen.

Aber auch dann, wenn der Arzt in dem ihn Konsultierenden einen Süchtigen erkennt, will er in ihm in erster Linie den Kranken sehen. Er bedenkt dabei nicht, daß der Süchtige sich selbst und die von ihm wirtschaftlich Abhängigen gefährdet, daß er die Ärzte dazu verleitet, gegen den § 6 der Verschreibungsverordnung zu verstoßen, daß das Vertrauensverhältnis Arzt—Patient leidet, weil der ein oder mehrere Male betrogene Arzt gegenüber den Angaben seiner Patienten mißtrauisch wird, daß der Betrüger im Laufe des Tages noch weitere Ärzte aufsucht, diese täuscht und um ihr Honorar prellt, um dann die gleiche Zahl von Apothekern beim Einlösen der Verschreibungen um die Arzneimittelkosten zu schädigen. Es ist nämlich eine Erfahrungstatsache, daß Süchtige nur in den seltensten Fällen Arzt- und Apothekerrechnungen bezahlen. Noch leichter machen es ihnen — wie schon erwähnt — die süchtigen Ärzte, und das Vorgehen der Süchtigen wird geradezu begünstigt, wenn sie an einen in Bereicherungsabsicht handelnden Arzt geraten.

Die süchtigen, auf eine bestimmte Begehungsform spezialisierten Täter sind oft gezwungen, zur Erlangung weiterer Suchtmittel den Ort ihrer Tätigkeit zu wechseln, weil sich beispielsweise in einer Stadt kein Arzt mehr bereit findet, ihnen Suchtmittel zu verschreiben oder weil sie in den Apotheken zu bekannt geworden sind, um noch weiter unter wechselndem Namen Rezepte einlösen zu können. So werden sie zu reisenden Tätern und fordern als solche die besondere Aufmerksamkeit der Kriminalpolizei heraus.

Rezepterschleicher

Typisch für die Arbeitsweise süchtiger Rezepterschleicher ist der Fall des 32 Jahre alten Dramaturgen und Regisseurs Sepp K.

Fall 1: K. hatte nach seinem Abitur die Theaterakademie besucht und war bis zum Kriege in seinem Beruf tätig gewesen. Nach einer schweren Verwundung wurde ihm das rechte Bein oberhalb des Knies amputiert. Trotzdem konnte er noch bis 1947 seinen Beruf ausüben.

Während der ärztlichen Behandlung an einer Nervengeschwulst seines Beinstumpfes gewöhnte er sich an Eukodal und wurde schließlich süchtig. Nach seiner Ausheilung verschaffte er sich weiterhin Eukodal, indem er den von ihm aufgesuchten Ärzten erzählte, er befände sich auf der Durchreise, stehe dicht vor der Operation an seinem Beinstumpf und hätte unerträgliche Schmerzen. Er verkaufte seine Anzüge, Wertgegenstände und Bibliothek, um zu Geld zu kommen. Die unter wechselnden Namen und Geburtsdaten aufgesuchten Ärzte und Apotheker bezahlte er nur in wenigen Fällen und gab im übrigen an, der AOK anzugehören. Schließlich verbrauchte er täglich 40 bis 50 Ampullen Eukodal.

1947 bereiste er die Umgebung der Städte Stuttgart, Tübingen und München, anschließend im Norden den Raum von Braunschweig, besuchte die Heidestädte und fuhr kreuz und quer durch Schleswig-Holstein, um über Münster, die Ruhrstädte und Frankfurt nach Süden zurückzukehren. Auf dieser Reise schädigte er 116 Ärzte und Apotheker. Bei allen seinen Fahrten benutzte er nie die Eisenbahn, sondern fuhr nur per Anhalter. Sein gewandtes Auftreten und seine inzwischen erworbenen medizinischen Kenntnisse begünstigten sein Vorgehen. In München hatte er übrigens einen Arzt kennengelernt, der ihm bei etwa 20 Besuchen Eukodal gegen Tabakwaren im Werte von 800,— RM verschrieb, ein vor der Währungsreform für den Arzt recht verlockendes Angebot.

Ende 1949 wurde K. in einer südwestdeutschen Stadt festgenommen und in eine Heil- oder Pflegeanstalt eingewiesen. Dort beging er im Februar 1951 Selbstmord.

Im November 1954 wurde auf Veranlassung eines Arztes die 48 Jahre alte Ehefrau Maria K. festgenommen. Sie hatte versucht, sich Dicodid verschreiben zu lassen.

Fall 2: Frau K. war nach Nierenerkrankungen süchtig geworden. Als die behandelnden Ärzte ihr keine Opiate mehr verschrieben, verließ sie 1947 ihren Ehemann und trieb sich in den Ruhrstädten umher, suchte unter eigenem und falschen Namen Ärzte auf und ließ sich für vorgetäuschte Gallen- und Nierenbeschwerden Dicodid verschreiben. Sie hatte sogar dann Erfolg, wenn sie die Verschreibungen für angeblich kranke Verwandte und Bekannte forderte. Ihr Bedarf steigerte sich derart, daß sie schließlich täglich mehrere Ärzte aufsuchen mußte. Sie lebte von Bettelei und schlief in Kirchen und Trümmergrundstücken.

1948 verurteilte sie das Amtsgericht Bochum zu 9 Wochen Gefängnis. Im Urteil wurde hervorgehoben, daß ihr die Ärzte die Erlangung der Verschreibungen sehr erleichtert hätten.

Als man sie 1949 wieder aufgriff, wurde sie wegen noch bestehender Sucht zur Entziehung eingewiesen. Seit Anfang 1954 erschlich sie sich erneut unter Vorspiegelung von Nierenerkrankungen und für angeblich kranke Bekannte Dicodid. Als sie dem Amtsarzt vorgeführt werden sollte, flüchtete sie aus der ehelichen Wohnung und vagabundierte erneut im Ruhrgebiet umher. Bei Pastoren und Schwestern erbettelte Gelder setzte sie sofort in Dicodid um. Nur selten zahlte sie den Ärzten Honorar. Auch verstand sie es, in Apotheken Dicodid ohne Bezahlung ausgehändigt zu bekommen. Aus einer in der Straßenbahn stehengebliebenen Einkaufstasche stahl sie 400,— DM, die sie zum Kauf von Lebensmitteln und Dicodid verwandte.

Der medizinische Sachverständige, der ihr den § 51 Abs. 1 StGB zubilligte, erklärte in seinem Gutachten: »In ihrem krankhaften Zustand ist sie eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinheit, insbesondere für Ärzte und Apotheker, so daß eine Unterbringung nach § 42b StGB geboten erscheint.«

Der letzte Fall dieser Gruppe, der hier angeführt werden soll, zeigt großangelegte Betrügereien eines süchtigen Kriminellen.

Fall 3: Zur Zeit sitzt auf dem Hohenasperg ein Mann ein, der bereits 1948 durch das Landgericht Dortmund zu 8 Monaten und 1950 durch das Amtsgericht Ludwigsburg zu 12 Monaten Gefängnis wegen Diebstahls, Betruges, Urkundenfälschung, unberechtigten Führens akademischer Titel und Verstoßes gegen das Opiumgesetz bestraft wurde und gegen den jetzt in Waldshut ein Sammelverfahren anhängig ist.

Der 61jährige Schneider Walter S., der auch einige Semester Physik studiert haben will, wurde 1916 nach Flammenwerferverbrennungen durch Gewöhnung morphiumsüchtig und blieb es, bis er 1934 aus politischen Gründen nach Indien ging. Klimawechsel und Nierenkoliken ließen ihn nach seiner Rückkehr 1947 rückfällig werden. Als die behandelnden Ärzte es ablehnten, ihm weiterhin Morphium zu verschreiben, stahl er Rezepte und verschrieb sich selbst Rauschgifte. Er wurde festgenommen und verbüßte nach einer Entziehungskur seine erste Strafe.

Aber schon gegen Ende des Jahres 1949 spritzte er wieder Morphium. Er suchte unter seinem richtigen Namen Ärzte auf, denen er dank eigener Erfahrungen angebliche Nierenkoliken so überzeugend vortäuschte, daß sie ihm fast ausnahmslos Morphium verschrieben. Er fand auch einen Arzt, der ihm in Bereicherungsabsicht auf falschen Namen Rezepte ausstellte und diese, da in der damaligen britischen Zone Personalausweise in den Apotheken vorgelegt werden mußten, durch andere einlösen ließ.

Da die erste Ehe des S. nicht glücklich war, fand er zu Hause keinen Halt und reiste auf der Jagd nach Morphium kreuz und quer durch das Bundesgebiet. Unterwegs stahl er einem Schneiderlehrling, mit dem er kurze Zeit zusammenarbeitete, den Personalausweis, änderte das Geburtsdatum und setzte vor den Namen ein »Dr. phil.«.

Im Juni 1950 ereilte ihn in einem südwestdeutschen Städtchen das Schicksal, als ein Apotheker das von ihm vorgelegte Rezept für gefälscht hielt und die Kriminalpolizei verständigte. Nach Betrügermanier gab er bei seiner ersten Vernehmung an, er sei von 1912 bis 1925 Wehrmachtsangehöriger und zuletzt Oberstleutnant gewesen. Er habe dann in Breslau zum Dr. phil. promoviert und sei bis 1943 am Militärphysikalischen Institut in Berlin gewesen. Anschließend sei er in geheimer Mission nach Indien gegangen.

Nach seiner zweiten Strafverbüßung lernte er eine Ärztin kennen, die er später heiratete. Er brachte sie ganz unter seinen unheilvollen Einfluß. In einem Bericht heißt es, die Ärztin sei früher ausgeglichen, ruhig, fleißig und sparsam gewesen. Seit der Bekanntschaft mit S. erscheine sie verstört, aus der Bahn geworfen, vernachlässige ihre Arbeit und habe offensichtlich Geldsorgen.

Im August 1952 wurde S. erneut wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz, Urkundenfälschung, Betruges und unberechtigter Führung akademischer Titel in etwa 40 Fällen festgenommen. Als er und seine gleichfalls festgenommene Ehefrau Anfang 1953 aus der U.-Haft entlassen wurden, tauchten sie in einem Städtchen am Rhein auf. Er trat als ehemaliger Leiter des Kaiser-Wilhelm-Instituts, Dr. phil. und Dr. geol. auf, der angeblich aus der Ostzone geflohen sei. Der einzige Wunsch dieses »stillen

Gelehrten« war, seine Erfindungen auf dem Gebiet der Papierimprägnierung, der Baustein- und Kaffeepulverherstellung und der biologisch-chemischen Heilmittel den dort lebenden Flüchtlingen nutzbar zu machen.

Zwischen mehreren Gemeinden begann ein heftiges Tauziehen um ihn und seine Projekte. Es wurde mit Flüchtlingsverbänden und mit Vertretern der Industrie und Gemeinden verhandelt. Man erwog, ein Gut zu kaufen, um dort unter Leitung seiner Frau ein Sanatorium zu errichten, in dem seine biologisch-chemischen Heilmittel Verwendung finden sollten. Man debattierte ferner über den Ankauf von Industriegelände, damit die Baustein- und Papierindustrie anlaufen könne. Während der Konferenzen reichte S. geschickt hergerichtete Proben umher und schenkte seinen, allerdings durch Nescafé trinkbar gemachten, Pulverkaffee aus. Zur Herstellung seines Kaffees wurde eine Kommanditgesellschaft gegründet. Das Ehepaar verbrauchte rund 50 000 DM eingebrachte Anteile, ohne ein Gramm zu produzieren.

Im Dezember 1953 flüchtete S. in die Schweiz, wo er durch Rauschgiftvergehen, Diebstähle und Unterstützungsschwindel sofort wieder von sich reden machte. Er stahl Ärzten Rezepte, fälschte sie und entwendete einem Schweizer Pfarrer den Paß, auf den er nach Italien floh. Dort wurde er im Januar 1954 bei dem Versuch, sich Opium zu verschaffen, festgenommen und an die Schweiz ausgeliefert. Da diese kein Interesse an der Strafverfolgung hatte, schob sie ihn nach Deutschland ab. Seit dieser Zeit ist er auf dem Hohenasperg inhaftiert.

Rezeptdiebe und -fälscher

So zahlreich wie die Rezepterschleicher sind auch die Rezeptdiebe und -fälscher. Es scheint nur eine Frage der Zeit zu sein, daß die Rezepterschleicher zu Rezeptdieben und -fälschern werden, denn nicht immer glückt es ihnen, gewissenhafte Ärzte hinters Licht zu führen und durch Schwindeleien an genügend Suchtmittel heranzukommen. Kombinierte Arbeitsweise ist oft festzustellen.

Auf Veranlassung eines Apothekers wurde im September 1953 in Köln der 29jährige Verkaufsleiter Wolfgang D. bei der Vorlage eines gefälschten Rezeptes über Eukodal festgenommen. Er war der Kriminalpolizei bereits als Süchtiger bekannt und zur Festnahme ausgeschrieben.

Fall 4: D. gab sich nach 1945 als Dr. med. aus, obwohl er lediglich ein Semester Chemie studiert hatte. Er fälschte in seinen Personalpapieren das Geburtsdatum, um einen ordnungsgemäßen Ausbildungsgang glaubhaft erscheinen zu lassen. Vorübergehend wurde er in einem Kölner Krankenhaus als Volontär-Arzt beschäftigt. Diese Gelegenheit nützte er, um auf fingierte Namen laufend Opiate zu verschreiben. Auch als man ihm Titelführung und Arzttätigkeit untersagte, legte er weiterhin Rezepte vor. Die Freundschaft mit einer Apothekerin gab ihm die Möglichkeit, Opiumtabletten und Eukodal-Substanz aus der Apotheke zu stehlen. Als es ihm gelang, einen Krankenhausstempel zu entwenden, ließ er sich 1000 Rezeptformulare auf den Namen Dr. Zorn drucken, auf die er Opiate bezog. Trotz einer Entziehungskur 1947 wurde er rückfällig.

Im Juli 1948 verurteilte ihn die Strafkammer München zu 1 Jahr 3 Monaten Gefängnis wegen Opiumvergehens, Rezeptdiebstahls, Rezeptfälschungen, ungerechtfertigter Führung einer Arztpraxis und unberechtigter Titelführung.

Im Frühjahr 1953 tauchten in Köln erneut Btm-Rezepte eines nicht existierenden Arztes auf. Wieder hatte sich D., diesmal auf den Namen eines Dr. Wörderhoff, 500 Rezepte und einen Arztstempel anfertigen lassen. Unter Vorlage der gefälschten Rezepte bezog er täglich 20 bis 30 Ampullen Morphium, Eukodal oder Dolantin und injizierte sich das Rauschgift intravenös an beiden Unterarmen.

Unverständlicherweise wurde er vom Haftrichter wieder entlassen. Sofort, noch während die Anklageschrift gefertigt wurde, ließ er sich durch einen Mittelsmann wieder 150 Rezeptformulare auf den Namen eines Dr. Ferdinand Schmidt drucken. Außerdem suchte er Ärzte auf und erschwindelte sich Verschreibungen. In 12 Fällen bekam er auf die von ihm ausgestellten Rezepte Dilaudid, obwohl der Arztstempel fehlte.

Der Anklageschrift vom November 1953 folgte die nächste im Januar 1954. Doch das hinderte D. nicht, weiterhin rechtswidrig Rauschgifte zur Befriedigung seiner Sucht zu beziehen. Auf einer Geschäftsreise nach Viersen suchte er einen Arzt auf, dem er sein blutbeflecktes Taschentuch zeigte und erzählte, er leide an Lungentuberkulose und habe einen Blutsturz bekommen. Das erbetene Eukodal wurde ihm verordnet. Unter Vorlage eines auf einen fingierten Namen gefälschten Rentenbescheides des Versorgungsamtes versprach er, den Krankenkassenschein nachzureichen.

Im April 1954 wurde er zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt und seine Unterbringung angeordnet, die bemerkenswerterweise in der Berufungsinstanz widerrufen wurde.

Ähnlich arbeitete der 38 Jahre alte süchtige Arzt Dr. Peter B. Er trieb sich seit 1947 im Bundesgebiet umher und erschwindelte sich durch Rezeptfälschungen unter 22 Aliasnamen Morphium, Polamidon und Pervitin. Im Juli 1952 mußte ihn das Landgericht Koblenz auf Grund des § 51 Abs. 1 StGB freisprechen, doch wurde er nach § 42 b StGB untergebracht. Einen Tag vor seiner bedingten Entlassung floh er aus der Anstalt.

Fall 5: Im Dezember 1952 wurde B. in Hagen festgenommen. Er hatte sich einen falschen Personalausweis besorgt, in den er sein Bild einsetzte. In Krankenhäusern und Hospitälern bekam er Quartier, Verpflegung, Zehr- und Reisegeld, da er erzählte, er sei erst jetzt aus französischer Internierung zurückgekehrt. Man fand bei ihm eine Unzahl Anschriften von karitativen Verbänden. Wieder wies man ihn in eine Heil- oder Pflegeanstalt ein und wieder gelang es ihm, zu fliehen. Erneut trat er als Unterstützungsschwindler auf. Er gab sich als Arzt der Waffen-SS aus, der jetzt erst zur Entlassung gekommen sei und fand bei manchen Kollegen hilfreiche Unterstützung, denen er zum Dank dafür Rezeptformulare und Arztstempel stahl. Überall, wo er auftauchte, hinterließ er Zech- und Mietschulden. Im Juli 1954 wurde er in Deggendorf festgenommen.

Als letztes Beispiel dieser Tätergruppe sei der Fall des 41 Jahre alten morphiumsüchtigen Maschinenbauers Wilhelm H. dargestellt.

Fall 6: H. ist eine zwielichtige Persönlichkeit. Er diente in der Fremdenlegion, wurde später in der Reichswehr fahnenflüchtig, saß als politischer Häftling im KZ, hielt sich nach 1945 in der Tschechei auf, arbeitete dann für die CIC und ab 1948 für die Sûreté. Bisher wurde er 12mal wegen verschiedener Delikte, wie Diebstahl, Unterschlagung, räuberischer Erpressung, Körperverletzung, Bigamie, unberechtigten Führens von Titeln und Verstoßes gegen das Opiumgesetz bestraft.

Nach einer Gallenerkrankung wurde er 1949 morphiumsüchtig. Es dauerte über ein Jahr, bis er nach einer Entziehungskur und der Verbüßung einer dreijährigen Gefängnisstrafe wieder als Süchtiger in Erscheinung trat. In einem Spielwarengeschäft kaufte er sich einen Kinderstempelkasten und druckte sich damit selbst den Kopf seiner eigenhändig zurechtgeschnittenen Rezeptformulare. Er erfand Ärzte- und Patientennamen, Firmen- und Betriebskrankenkassen sowie Pensionskassen und war mit diesen primitiven Machwerken in mindestens 80 Fällen erfolgreich. In mindestens 40 weiteren Fällen schlugen seine Versuche fehl und wachsam, wie er als alter Krimineller war, verschwand er sofort, wenn die Apotheker mit der Aushändigung des Morphiums zögerten und mit den Worten: »Einen Moment bitte, wir müssen das Verlangte erst fertigmachen« Zeit zur Überprüfung des Rezeptes oder für die Verständigung der Kriminalpolizei zu gewinnen suchten. Um den Morphiumbezug zu tarnen, legte er gleichzeitig Rezepte über Verbandsmull, Watte und Pflaster usw. vor. Wie die Betäubungsmittel, so ließ er sich auch das Verbandsmaterial als angeblicher Kassenpatient kostenlos aushändigen. Auf diese Weise zog er durch das Land Hessen und löste überall seine gefälschten Btm-Rezepte ein.

Anfang Juli 1954 wurde er in Wiesbaden festgenommen und durch die Große Strafkammer im März 1955 zu 2 Jahren und 2 Monaten Gefängnis verurteilt. Im Urteil wird er als willensschwacher Psychopath bezeichnet, der zu Schwindeleien neige. Diese krankhafte Veranlagung bilde auch die Grundlage für seine Sucht nach Rauschgiften. Er sei vermindert zurechnungsfähig gemäß § 51 Abs. 2 StGB. Wörtlich heißt es weiter: »Strafmildernd kam darüber hinaus in Betracht, daß ihm sein Handeln in dem Großteil der Fälle durch die Leichtgläubigkeit der Apotheker trotz der primitiven Zettel, des primitiven Druckes und gewisser Auffälligkeiten in der Schrift leichtgemacht wurde.«

Weitere Beispiele zu dieser Tätergruppe dürften sich erübrigen, da Rezeptdiebe und -fälscher mit nur geringen Varianten in der beschriebenen Art arbeiten.

Diebstahl und Unterschlagung von Rauschgiften und Betäubungsmitteln

Bei dieser Tätergruppe handelt es sich vorwiegend um Medizinalpersonen, also Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker und Apothekenangestellte. Der leichte Zugang zu Rauschgiften und Betäubungsmitteln spielt bei der Entstehung der Sucht eine große Rolle. Leute, die von Berufs wegen Zugang zu diesen Drogen haben, sind sehr schwer vor ihnen zu schützen, denn sie laufen eher als andere Menschen Gefahr, suchtverursachende Mittel zu nehmen. Die erste Ursache ist fast immer eine Müdigkeitsperiode oder Überanstrengung, während der das Gift genommen wird, damit die Arbeit ohne Unterbrechung weitergeführt werden kann. Aus der Gewohnheit, Rauschgifte und Weckamine zu nehmen, wird nur zu leicht eine Gewöhnung. Die dauernde Verwendung weckt den Hunger nach den Drogen, demgegenüber der Süchtige fast immer erliegt.

Fall 7: Die 1925 geborene Krankenschwester Luise K. bekam aus Krankheitsgründen 1947 Eukodal, später auch andere Betäubungsmittel verordnet und wurde schließlich süchtig. Aus dem Giftschrank ihrer Station entwendete sie immer dann Eukodal-, Morphium- und Atropin-Ampullen, wenn sie als Zweitschwester einmal den Schlüssel bekam, um ausnahmsweise den Kranken eine Spritze zu geben. Den Inhalt der gestohlenen Ampullen spritzte sie sich, doch trank sie die Mittel auch verdünnt mit Wasser. Als man bei ihr leere Ampullen fand, bekam sie den Giftschrankschlüssel nicht mehr.

Schwester Luise wußte sich aber zu helfen. Sie rückte den Giftschrank von der Wand ab, brach ein Brett heraus und stahl Dolantin. Das herausgenommene Brett befestigte sie wieder mit Leukoplast und schob den Schrank an die Wand zurück. Ein gleicher Einbruch gelang ihr noch einmal. Sie brachte es auch fertig, aus dem Arzneischrank im Chefzimmer Eukodal zu stehlen. Bei diesem Diebstahl zog sie die zwar verschlossenen, oben und unten aber nicht verriegelten Türen nach außen und öffnete das besonders verschlossene Giftfach mit einem im Schrank liegenden Schlüssel.

Die Strafkammer in Osnabrück verurteilte sie wegen fortgesetzten schweren Diebstahls in Tateinheit mit Vergehen gegen das Rauschgiftgesetz zu zwei Monaten Gefängnis, die aber durch die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt als verbüßt galten. Man billigte ihr den § 51 Abs. 2 StGB zu, weil sie der Betäubungsmittelsucht verfallen war, »die zu einer Abstumpfung in ethischer Hinsicht führte«. Ein Berufsverbot wurde nicht erlassen und eine Unterbringung nach § 42b StGB erschien der Kammer nicht notwendig, da die K. nach dem Sachverständigengutachten als geheilt anzusehen war.

Schwester Luise arbeitete also weiter. Ab Dezember 1951 stahl sie wieder aus dem Giftschrank ihrer Station Betäubungsmittel, dieses Mal Dolantin und Pantopon und spritzte es sich selbst. Als sie nach 3 Monaten als Täterin entlarvt wurde, leitete man kein Verfahren gegen sie ein, sondern ließ es bei einer Versetzung in ein anderes Krankenhaus bewenden.

Vermutlich ahnte der neue Stationsarzt nicht, wer ihm zugeteilt wurde, denn zu dem neuen Aufgabenbereich der Schwester Luise gehörte u. a., ärztlich verordnete Rauschgifte aus der Anstaltsapotheke zu holen und in den Stationsgiftschrank einzuordnen. Während dieser Tätigkeit unterschlug sie Dolantin und Polamidon-Ampullen und tarnte ihr Tun, indem sie an Stelle der gestohlenen Ampullen Hypophysin-Ampullen in den Schrank legte. Die Etiketten dieser Ampullen machte sie vorher durch Verreiben unleserlich.

Wegen Unterschlagung und Vergehens gegen das Opiumgesetz verurteilte sie das Schöffengericht in Dorum im März 1954 unter Zubilligung des § 51 Abs. 2 StGB zu 1 Monat Gefängnis mit Bewährung, weil sie sich inzwischen verheiratet habe, nicht mehr beruflich tätig sei und damit nicht mehr mit Betäubungsmitteln in Berührung kommen werde. Vorher hatte sie freiwillig eine Entziehungskur durchgemacht.

Fall 8: Auch die zur Tatzeit 29jährige Krankenschwester Anni R. zog das Giftfach der Hausapotheke magisch an. Ab Mai 1953 stahl sie während ihrer Tätigkeit als Nachtschwester mittels Nachschlüssel fortgesetzt Rauschgifte und Betäubungsmittel aller Art und spritzte sie sofort. Sie löste von den gestohlenen Ampullen die Etiketten und klebte sie auf ihr zugängliche Sympathol-Ampullen, die sie zur Verschleierung der Diebstähle in die Hausapotheke einordnete. Auch nach ihrer Versetzung in ein anderes Krankenhaus stahl sie Morphium und Dilaudid. Bei ihrer Festnahme fand man über 40 Injektionsstellen an ihren Oberschenkeln.

Das Schöffengericht in Calw verurteilte sie im Dezember 1953 nach einstweiliger Unterbringung wegen fortgesetzten schweren Diebstahls zu 6 Monaten Gefängnis und untersagte ihr die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege auf die Dauer von 5 Jahren. Beim zuständigen Regierungspräsidenten ist ein Verfahren auf Rücknahme der Anerkennung als Krankenschwester anhängig.

Diesen beiden typischen Krankenhausfällen soll noch ein Beispiel folgen, um zu zeigen, daß bei aller Vielseitigkeit in der Ausnutzung der Möglichkeiten, Betäubungsmittel an sich zu bringen, die Arbeitsweise dieser Tätergruppe im Grunde die gleiche bleibt.

Fall 9: Schwester Gretchen M., heute 44 Jahre alt, wurde während ihres Kriegseinsatzes pervitinsüchtig. Die erste Verurteilung durch das Amtsgericht Magdeburg erfolgte 1940. 6 Monate Gefängnis konnten sie aber nicht davon abhalten, sich weiter illegal Pervitin durch Rezeptfälschungen zu beschaffen. 1941 wurde sie auf Beschluß des Amtsgerichts Berlin für 3 1/2 Monate in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht.

1947 wurde sie rückfällig. Sie stahl einer ihr bekannten Ärztin Rezeptformulare und bezog auf die gefälschten Rezepte Opiate. Ein Verfahren vor dem Amtsgericht Hamburg wurde auf Grund des § 51 Abs. 1 StGB eingestellt, doch wurde sie erneut untergebracht. Als man sie bald nach ihrer Entlassung wegen Gallenkoliken mit Morphium behandelte, verfiel sie wiederum den Rauschgiften. Von einem Schwarzhändler bezog sie laufend Morphium und machte über 480,— DM Schulden, um dieses bezahlen zu können.

Ende 1948 arbeitete sie in einem englischen Kinderheim und nutzte die Gelegenheit, um sofort wieder Luminaltabletten zu stehlen. Sie versuchte auch, bei Ärzten der Umgebung für das Heim Opiate leihweise zu erhalten, die angeblich für eine unaufschiebbare Behandlung benötigt würden. Im Januar 1949 verurteilte sie das Schöffengericht Uelzen wegen Diebstahls und fortgesetzten Erwerbs von Betäubungsmitteln ohne Erlaubnis zu 5 Monaten und 2 Wochen Gefängnis und ordnete ihre Unterbringung auf 1 Jahr an.

Ende 1951 war Schwester Gretchen wieder süchtig, ausgelöst vermutlich durch das Verschreiben von Cliradon anläßlich einer Gallenblasenbehandlung. Zu dieser Zeit arbeitete sie als Narkoseschwester in einem Krankenhaus. Da sie im Operationssaal nicht mit Opiaten in Berührung kam, ging sie zu Stationsschwestern, behauptete, im Operationssaal würden dringend Betäubungsmittel benötigt und entlieh sich gegen das Versprechen sofortiger Rückgabe Morphiumampullen. Sie beschritt dann den schon geschilderten und üblichen Weg, indem sie nach Etikettenaustausch Sympathol-Ampullen zurückgab. Als man feststellte, daß sie sich auf diese Weise innerhalb von 10 Wochen 60 bis 70 Ampullen Morphium erschwindelt und gespritzt hatte, entließ man die sonst als Narkose- und Operationsschwester tüchtige M.

In der Folgezeit erschlich sie sich bei Ärzten Cliradon-Verschreibungen und bezog allein von einem Arzt und einer Apotheke innerhalb von 4 Monaten 600 Cliradon-Tabletten.

Auf ein Zeitungsinserat hin bewarb sie sich als Narkoseschwester an eine Klinik, wurde angestellt, stahl aber schon am ersten Tag Morphium aus dem Medikamentenschrank und wurde nach weiteren Diebstählen am 6. Tag entlassen. Am Entlassungstage verabfolgte sie einem Patienten falsche Medikamente, die zu einer Atropinvergiftung führten. Gegenmaßnahmen waren erfolgreich. Die Medikamentenverwechslung beging sie im Rauschzustand.

Auf Grund des § 51 Abs. 1 StGB kam im August 1953 die Strafkammer Lüneburg zu einem Freispruch. Der Antrag auf Unterbringung wurde abgelehnt. Die Kammer vermochte sich nicht davon zu überzeugen, daß die Gefahr für die öffentliche Sicherheit nur durch eine Unterbringung zu bannen sei. Die Angeklagte habe es nach ihrer bevorstehenden Heirat nicht mehr nötig, als Krankenschwester beruflich tätig zu sein, zumal sie allein für ihr 8jähriges Kind zu sorgen habe. Ihre bisherige seelische Disharmonie, eine Mitursache für die Betäubungsmittelsucht, würde durch die Heirat beseitigt. Der Umgang mit Opiaten und damit die Rückfallgefahr entfielen dadurch. Die Gefahr für die öffentliche Sicherheit sei infolgedessen wahrscheinlich beseitigt.

Es sind natürlich nicht nur Krankenschwestern, die als Betäubungsmitteldiebe tätig werden.

Fall 10: In Lübeck ist zur Zeit ein Verfahren gegen eine 31jährige Apothekerin anhängig. Diese wurde nach Nierenerkrankungen 1946 süchtig. An ihrer ersten Arbeitsstelle, einer Apotheke in der Sowjetzone, stahl sie Pervitin-Tabletten und Dolantin-Ampullen, später in einer Apotheke in Ludwigsburg Morphium. Da sie freiwillig eine Entziehungskur durchmachte und ihr die Schuldausschließungsgründe des § 51 Abs. 1 StGB zugebilligt werden mußten, wurde das Strafverfahren gegen sie eingestellt. In ihrer nächsten Arbeitsstelle wurde sie erneut rückfällig und stahl Morphium, Pantopon und Dilaudid. Sie scheute auch nicht davor zurück — und daran ist die allmähliche Minderung der charakterlichen Qualitäten deutlich erkennbar —, einem Kollegen aus dem Schreibtisch erst 20,— DM und später noch einmal 10,— DM zu stehlen. Die Staatsanwaltschaft hat ihre Unterbringung gem. § 42 b StGB beantragt.

Der süchtige Arzt als Vielverschreiber

Als nächste Gruppe der süchtigen Täter sind die Vielverschreiber zu nennen, also süchtige Ärzte, die anderen oder sich selbst suchtbildende Arzneimittel auf eigenen oder fremden Namen laufend verschreiben, ohne daß diese Verschreibungen ärztlich gerechtfertigt sind. Der Fall des 1902 geborenen Dr. Wilhelm M. möge für viele andere hier genannt werden.

Fall 11: Dr. M. injizierte sich infolge besonderer körperlicher und seelischer Belastungen 1951 erstmalig Eukodal. Um seine innere Unruhe einzudämmen, benötigte er im Laufe der Zeit immer größere Dosierungen, so daß um die Jahreswende 1952/53 von einer Sucht gesprochen werden muß. Um den eigenen Praxisbedarf nicht übermäßig zu belasten und in den Apotheken nicht als Vielverschreiber oder suchtverdächtiger Arzt aufzufallen, ging er dazu über, Patienten grundlos Eukodal zu verordnen. Ohne Wissen der Patienten behielt er Eukodal für sich zurück oder injizierte nur Teile des Ampulleninhaltes und verbrauchte den Rest für sich.

Spätere Apothekenkontrollen ergaben, daß Dr. M. in der Zeit von Januar 1953 bis März 1954 1735 Rezepte über 11 029 Ampullen Eukodal ausgestellt und eingelöst hatte. Überdies hatte er anläßlich einer Urlaubsreise im August 1953 in Garmisch, Oberstdorf, Lindau, Wiessee und einigen anderen Orten Rezepte über Eukodal auf den Namen seiner Frau und seines Schwiegervaters ausgestellt und eingelöst.

Einen Teil der Medikamente bezahlte Dr. M. aus eigener Tasche, bei dem überwiegenden Teil, der auf den Namen von Kassenpatienten ausgestellt war, wurden die entsprechenden Krankenkassen mit den Kosten belastet und insoweit vermögensrechtlich geschädigt.

Der Sachverständige stellte in seinem Gutachten später fest, daß die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 StGB vorlägen. Ferner sei Dr. M. infolge der Betäubungsmitteleinwirkung nicht in der Lage, seinen ärztlichen Beruf auszuüben. Die Wirkung der Betäubungsmittel auf das Zentralnervensystem bedinge eine erhebliche Herabsetzung des Gedankenablaufs sowie der Kombinations- und Urteilsfähigkeit. Eine Anstaltsunterbringung im Sinne des § 42 b StGB sei daher im Interesse der Allgemeinheit, insbesondere zum Schutze der Patienten, unvermeidbar.

Die Große Strafkammer in Osnabrück ordnete im Juni 1954 die Unterbringung an. Im März 1955 entließ ihn die Kammer nach Erreichung des Unterbringungszweckes mit der Auflage, sich jeden 1. Freitag im Monat in der psychologischen Beratungsstunde des Gesundheitsamtes vorzustellen und unvermuteten Harnkontrollen des Gesundheitsamtes Folge zu leisten.

Als Übergang zu der Gruppe der Ärzte, die infolge ihrer Sucht folgenschwere Handlungen begehen, sei der Fall des Dr. R. skizziert. Er zeigt die Demoralisierung, Enthemmung und egozentrische Einstellung Süchtiger. Dr. R. ist gleichzeitig ein Beispiel für einen vielverschreibenden Arzt aus Bereicherungsgründen.

Fall 12: Der 1917 geborene Prokurist einer Großhandelsfirma Herbert D. wurde nach schweren Kriegsverletzungen mehrfach operiert und erhielt gegen dauernde Schmerzen Eukodal. Ab 1950 muß er als süchtig bezeichnet werden. Der behandelnde Arzt Dr. Heinrich R., 39 Jahre alt, verschrieb ihm so große Mengen Eukodal, daß ihm untersagt wurde, D. weitere Betäubungsmittel zu verschreiben. D. wurde der Fürsorge eines anderen Arztes unterstellt. Betäubungsmittel für ihn durften nur in einer bestimmten Apotheke geholt werden.

Da der überwachende Arzt dem D. nicht die gewünschte Menge Eukodal verschrieb, suchte er wieder Dr. R. auf. Beide waren sich darüber klar, daß die Möglichkeit, für D. auf Rezepte genügend Eukodal zu bekommen, ausschied. D. konnte gerade 5000,— DM freimachen und schlug vor, er werde gut bezahlen, wenn Dr. R. Eukodal beschaffe. Dr. R. war zu diesem Zeitpunkt bereits pervitinsüchtig. Das für sich selbst benötigte Pervitin besorgte er sich auf Rezepte über Praxisbedarf und auf die Namen seiner Patienten.

In der Folgezeit beschaffte Dr. R. ärztlich unbegründet und unbefugt für D. in zunehmendem Maße Eukodal. Der Arzt fand an dieser »Betreuung« um so mehr Geschmack, als D. für ein Röhrchen Eukodal, das in der Apotheke 1,65 DM kostet, großzügig 50,— DM auf den Tisch legte und dies auch künftig tat. Dr. R. sah hier die Möglichkeit, zu Geld zu kommen, zumal D. eine ihm vorgeschlagene Entziehungskur unter Hinweis auf seine uneingeweihte und schwangere Frau zurückwies. Dr. R. verlangte bald darauf für einen angeblich eingeschalteten Mittelsmann pro Röhrchen 100,—, 200,— und 250,— DM. D. zahlte auch diese Beträge. Nach Verbrauch der 5000,— DM zog er größere Geldbeträge aus seiner Firma ab.

Dr. R. tarnte die hohen Eukodal-Verschreibungen durch Ankauf großer Mengen anderer Medikamente und Verbandsmaterialien, die er an Patienten weiterverkaufte. Trotz der hohen Unkosten hatte er in der Zeit von Juli 1950 bis Oktober 1951, in der er D. über 100 Röhrchen Eukodal zu je 20 Tabletten verschaffte, einen Reinverdienst von mindestens 20 000,— DM.

Als D. wegen seiner hohen Geldentnahmen der Firma Rechenschaft geben sollte, unternahm er einen Selbstmordversuch mit Schlaftabletten, unterwarf sich anschließend einer Entziehungskur, die im Februar 1952 zur restlosen Entwöhnung führte.

Kurz vor Weihnachten 1951 fuhr Dr. R. mit seinem PKW frontal auf einen Baum auf. Der Unfallsituation nach besteht der Verdacht, daß R. den Unfall in selbstmörderischer Absicht herbeiführte, doch bestritt er dies. Er stellte sich dann von Pervitin auf Cliradon um und machte im Dezember 1952 eine Entziehungskur durch, aus der er völlig entwöhnt entlassen wurde.

Im März 1952 wurde er durch das Landgericht Mönchen-Gladbach zur Zahlung von 20 000,— DM an D. rechtskräftig verurteilt.

In der Hauptverhandlung vor der Großen Strafkammer in Mönchen-Gladbach im Januar 1954 waren sich Sachverständige und Gericht darüber einig, daß Dr. R. auf Grund der eigenen Sucht das Vergehen der Eukodalbeschaffung für D. als nicht so schwerwiegend angesehen hatte, als wenn er frei von Sucht gewesen wäre. Seine Praxis hatte er im übrigen stets ordnungsgemäß versorgt und nur im Fall D. Opiate ärztlich unbegründet verschrieben. In diesem Fall allerdings handelte er aus reiner Gewinnsucht und beutete den ihm völlig hörigen D. bis zum letzten aus. Die Tatbestände des Wuchers und der Erpressung wurden als nicht gegeben angesehen. Die durch die krasse Bereicherungsabsicht besonders verabscheuungswürdige Tat ahndete das Gericht mit einer Gefängnisstrafe von 1 Jahr 8 Monaten Gefängnis, die jedoch in der Revisionsinstanz auf 1 Jahr Gefängnis gemindert wurde. D. wurde freigesprochen.

Der süchtige Arzt als Gefahr für seine Patienten

Es wurde bereits eingangs betont, daß die Giftsucht das Niveau der Persönlichkeit senkt, eine Reihe normaler Hemmungen des Menschen herabsetzt oder vollständig aufhebt, den Charakter nachteilig verändert, das Gemütsleben der Süchtigen abstumpft und sie gleichgültig gegenüber allem werden läßt. Ein fahrlässiges Verhalten süchtiger Ärzte muß schon darin erblickt werden, daß sie trotz ihrer Süchtigkeit die ärztliche und operative Tätigkeit weiter ausüben, obwohl sie wissen, daß beispielsweise für den Operateur zur Wahrung des Lebens seiner Patienten höchste geistige Konzentration und volle körperliche Beherrschung, insbesondere manuelle Sicherheit, unbedingtes Erfordernis sind.

Wie gefährlich es deshalb ist, einen süchtigen Arzt praktizieren zu lassen, lehrt der Fall des Dr. med. St.

Fall 13: Zwischen dem 29. 9. und dem 8. 11. 1950 starben in der Frauenklinik des Dr. St. in Wolfenbüttel 6 Frauen. Die Exhumierung ergab, daß bei 4 von ihnen der Tod infolge einer Infektion nach durchgeführter Operation eingetreten war. Bei einer der Verstorbenen fanden die sezierenden Ärzte 4 große Löcher im Dickdarm.

Schon im März 1949 wurde beim Gesundheitsamt in Wolfenbüttel durch Apothekenkontrollen bekannt, daß Dr. St. in großen Mengen Dolantin bezog. Er gab an, er habe das Mittel zur Schmerzlinderung benötigt und sich schließlich daran gewöhnt. Die Apotheken wurden daraufhin angewiesen, Rezepte über Rauschgifte, die von Dr. St. oder von anderen Ärzten für ihn ausgestellt wurden, nicht zu beliefern.

Diese Rezeptbeschränkungen hob das Gesundheitsamt 3 Monate später wieder auf. Einen Monat danach erhielt Dr. St. die Konzession zur Eröffnung einer Frauenklinik. Die Klinik wurde in der Folgezeit gut besucht und Dr. St. führte viele größere Operationen stationär durch.

Von Mitte August bis Mitte Dezember 1950, also in der Zeit der 6 Todesfälle, bezog er 1350 Tabletten Pervitin, in den Monaten September und Oktober allein 840. Er erklärte, zur gleichen Zeit große Mengen Polamidon verbraucht zu haben, um durch Darmbluten hervorgerufene Schmerzen zu lindern. Das Pervitin habe er genommen, um seiner Erschöpfung Herr zu werden.

Erneute Apothekenkontrollen im Oktober 1951 zeigten, daß Dr. St. in 100 Tagen allein in den Wolfenbütteler Apotheken 510 Tabletten Pervitin rezeptierte und daß sein Polamidonverbrauch nach Angaben der Apotheker noch weit höher war. Er gab zu, sich durch Pervitin und Polamidon künstlich hochhalten zu müssen. Zerrüttete Eheverhältnisse, das drohende Strafverfahren und die Erfüllung finanzieller Verpflichtungen hätten zu einer außergewöhnlichen seelischen Belastung geführt. Zwei ihn aufsuchende Amtsärzte stellten verlangsamten Gedankenablauf und deutlich getrübtes Bewußtsein fest. Sie kamen zu der zweifelsfreien Diagnose, daß bei Dr. St. eine Rauschgiftsucht vorlag, die bereits zu einem klar erkennbaren Persönlichkeitszerfall geführt hatte. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich neun frisch operierte Patientinnen in seiner Klinik.

Auf Antrag des Gesundheitsamtes wies das Amtsgericht Dr. St. im Oktober 1951 für 6 Monate in eine Heil- oder Pflegeanstalt ein.

Während der dreitägigen Verhandlung vor dem Schöffengericht in Wolfenbüttel im August 1953 führte ein Sachverständiger aus, der Angeklagte hätte infolge der unmittelbaren körperlichen und psychischen Auswirkung der Suchtmittel, insbesondere des Polamidon, weder die genügende manuelle Sicherheit noch einen genügend klaren Kopf gehabt, um jede operative Situation übersehen und meistern zu können. Das gleiche gälte für die nötige Voruntersuchung der Patientinnen und die Indikationsstellung zur Operation. Die beruhigende Wirkung des Polamidon sei bei hohen Dosen so stark, daß die Polamidonisten, um überhaupt leistungsfähig zu bleiben und nicht buchstäblich bei der Arbeit einzuschlafen, zusätzlich zu einem Weckamin greifen müßten, um sich aufzupulvern. So könnte es kommen, daß sich auf den Polamidonismus eine Pervitinsucht aufpfropfe.

Das Gericht kam zu dem Ergebnis, Dr. St. habe den Tod zweier Frauen durch Fahrlässigkeit verursacht. Er habe mit sachlich beschränkten Mitteln und unzureichend ausgebildeten Hilfskräften gearbeitet und trotz seiner Rauschgiftsucht operiert. Diese operative Tätigkeit habe er trotz bereits eingetretener alarmierender Todesfälle unter Nichtachtung der den Umständen nach gebotenen Sorgfalt fortgesetzt. Seine erhebliche Rauschgiftsucht habe ihn notwendig unzuverlässig werden lassen. Die genommenen Mittel hätten ihn unfähig gemacht, ruhig und gewissenhaft zu prüfen und zu überlegen. Sein Verhalten sei jeweils von dem Zufall abhängig gewesen, welches der genommenen Mittel zur beherrschenden Wirkung gekommen sei. In dem einen Fall sei er 13 Tage lang in lähmender Untätigkeit geblieben, um dann in einer viele Stunden währenden Operation im Bauch der Patientin »herumzuwühlen«, wie sich ein führender Gynäkologe ausdrückte.

Das Gericht verurteilte Dr. St. wegen fahrlässiger Tötung in zwei Fällen zu 1 Jahr und 6 Monaten Gefängnis. Zugleich wurde ihm die Ausübung des Berufs als Frauenarzt auf die Dauer von 5 Jahren untersagt. Das Verfahren ist zur Zeit noch in der Revisionsinstanz anhängig.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem eben geschilderten Beispiel mag der Fall der Frauenärztin Dr. Therese Borchardt haben, der im November dieses Jahres in West-Berlin in der Revisionsinstanz erneut verhandelt wurde.

Fall 14: Die Ärztin war in erster Instanz wegen fahrlässiger Tötung in zwei Fällen und Rauschgiftmißbrauchs zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt worden. Die fahrlässige Tötung wurde auf die Einwirkung von Rauschgiften zurückgeführt. Pressemeldungen zufolge soll ein bekannter Sachverständiger sie während der jetzigen Verhandlung — wie folgt — charakterisiert haben: »Abenteuerin mit Charme und Format, die früher eine zweifellos ausgezeichnete Ärztin war, deren Verantwortungsgefühl aber durch Rauschgiftmißbrauch gelitten hat«. Die 3. Große Strafkammer in Moabit verurteilte die Angeklagte wegen fahrlässiger Tötung einer Patientin und wegen fortgesetzten Rauschgiftmißbrauchs zu 8 Monaten Gefängnis.

Weiteren Presseberichten zufolge hat der Bundesgerichtshof Anfang November dieses Jahres entschieden, daß ein dem Rauschgift und Alkohol verfallener Arzt nicht habe praktizieren dürfen.

Fall 15: Es war kein Geheimnis geblieben, daß dieser Arzt süchtig war. Die kassenärztliche Vereinigung hatte daraufhin die Apotheken ersucht, Verschreibungen des Arztes auf Polamidon nicht mehr zu beliefern.

Zu diesem Arzt kam eine Mutter mit ihrem Kind. Die Diagnose lautete auf leichte Erkältung. Gegen das Fieber wollte der Arzt Pyramidon verschreiben. Aufregung, Zerstreutheit und Nervosität und vielleicht auch die Macht der Gewohnheit führten dazu, daß schließlich auf dem Rezept Polamidon stand. Nun wollte es das Unglück, daß der Apotheker das Rezept belieferte und die Mutter die Dosierung nicht einhielt. Das Kind starb.

Der Bundesgerichtshof sprach trotz der Irrtümer des Apothekers und der Mutter den Arzt schuldig, weil er ungeachtet seiner mangelnden Konzentrationsfähigkeit weiter Kranke behandelt und durch sein falsches Rezept erst die Bedingung für das verhängnisvolle Zusammenwirken geschaffen habe.

Wie erheblich Abstinenzerscheinungen und Betäubungsmitteleinwirkungen das geistig-seelische Hemmungsvermögen mindern oder gar aufheben und zu welch schweren Straftaten es demzufolge kommen kann, soll am Fall des Dr. med. Helmut B., zur Tatzeit 25 Jahre alt, gezeigt werden.

Fall 16: Dr. B. arbeitete ab Ende 1948 als Assistenzarzt in Knappschaftskrankenhäusern im Ruhrgebiet. Bei seinen Kollegen und Vorgesetzten tauchte allmählich der Verdacht auf, er sei süchtig. Man machte ihm Vorhaltungen, doch er bestritt. Schließlich legte man ihm nahe, sein Dienstverhältnis zu lösen.

Tatsächlich muß Dr. B. spätestens ab 1950 als polamidonsüchtig angesehen werden. Polamidon bekam er auch ohne Rezepte durch einen Apotheker. Später verschrieb er es sich selbst, indem er Rezepte auf fremde Namen ausstellte. Zunächst spritzte er subcutan, später intravenös. Die anfängliche Tagesdosis von 2 bis 3 ccm steigerte er schließlich auf 60 bis 100 ccm und erreichte in Einzelfällen sogar 200 ccm.

Während einer selbst durchgeführten Entziehungskur mit Evipan bekam er einen schweren Tobsuchtsanfall. Er warf Eier an die Wand, setzte Schuhe und Kleider in der Badewanne unter Wasser, bedrohte seine Wirtin und deren Tochter, die zu dieser Zeit schon seine Braut war, und wies seinen zu Hilfe gerufenen Vater mit Schaum vor dem Mund aus der Wohnung.

Durch Fürsprache wurde er in die bei der Ruhrknappschaft aufliegende Liste der als Vertreter empfohlenen Ärzte aufgenommen. Als zwei von ihm vertretene Ärzte bei ihrer Rückkehr Kanülen vorfanden, verständigten sie die Beschwerdestelle der Ärztekammer. Trotzdem wurde er im Februar 1952 erneut als Assistenzarzt von der Ruhrknappschaft eingestellt.

Im März 1953 wurde seine zweite Ehe geschieden. Bald darauf verlobte er sich mit einer medizinisch-technischen Assistentin. Frl. A. kam sehr bald dahinter, daß B. polamidonsüchtig war. Sie machte den Fortbestand ihres Verlöbnisses von der Durchführung einer Entziehungskur abhängig. Er war einverstanden, wollte aber keine Anstalt aufsuchen, sondern die Kur während seines Urlaubs zu Hause ohne ärztliche Aufsicht durchführen und die Abstinenzerscheinungen durch Einnahme von Luminaltabletten überwinden.

Der erste Entziehungsversuch wurde im Juli 1953 unternommen, jedoch sofort wieder aufgegeben. Frl. A. hatte inzwischen ihre Stellung verloren und war zu ihm gezogen. Infolge ungünstiger Auskünfte, die die Eltern über Dr. B. erhalten hatten, wurden sie unruhig und drängten darauf, daß die Tochter nach Hause komme.

Da Dr. B. seinen Urlaub verstreichen ließ, ohne die Entziehungskur durchzuführen und in der Überzeugung, daß er sich doch nicht von seiner Sucht freimachen könne, löste Frl. A. sich allmählich innerlich von ihm. Ihre Eltern überredeten sie, nach außerhalb zu Verwandten zu fahren.

Am 7. August 1953 hatte Dr. B. endlich doch mit der Entziehungskur begonnen und den Polamidonverbrauch unter gleichzeitiger Einnahme von Luminal radikal herabgesetzt. Während der Abstinenzzeit äußerte er sich seiner Braut gegenüber, er würde rücksichtslos gegen jeden vorgehen, der sie ihm fortnehmen wolle. Die Polizei könne ihm nichts anhaben, da ihm der § 51 sicher sei.

Dem Drängen der Eltern gelang es aber doch, ihre Tochter zur Abreise zu bewegen. Am Morgen des 10. 8. ließ er bei den Eltern seiner Braut anrufen und erfuhr, daß sie dort sei. Zu diesem Zeitpunkt stand er durch den völlig unzweckmäßigen, unsystematischen Entziehungsversuch und noch gesteigert durch eine die zulässige Höchstdosis überschreitende Luminaleinnahme schon erheblich unter Polamidonabstinenz und Luminaleinwirkung. Er war weitgehend enthemmt und befand sich in einem geistig-seelischen Ausnahmezustand. Er entschloß sich, sofort zu den Eltern zu fahren und sich an denen zu rächen, die ihm seine Verlobte genommen hatten. Sein Seziermesser, ein Skalpell und einen Schreckschußrevolver mit Patronen nahm er mit.

Die Mutter seiner Braut saß gerade mit zwei bekannten Damen beim Morgenkaffee, als Dr. B. ins Zimmer stürzte, sein 26 cm langes Seziermesser zog und es der Mutter mit den Worten: »Das ist sie, Du bist schuld!« in die linke Brust stieß. Die Frau starb nach wenigen Minuten. Er blieb ruhig am Tatort, rauchte und sagte: »Wenn der Alte kommt, steche ich ihn auch noch nieder«. Seine Festnahme erfolgte ohne Gegenwehr. Infolge der Abstinenzerscheinungen war er nicht haftfähig und wurde noch am gleichen Tage in eine Heilanstalt eingeliefert. In seiner Wohnung wurden 1580 leere Ampullen Polamidon gefunden. Nach seinen Angaben verbrauchte er etwa 2500 Ampullen im Werte von 5500,— DM. Den größten Teil seines Gehaltes und geliehenes Geld setzte er in Polamidon um.

Der medizinische Gutachter stellte fest, die Sucht sei auf dem Boden der psychopathischen Grundstruktur des Angeklagten entstanden. Er hielt ihn für eine sich selbst gegenüber weiche, geltungsbedürftige Persönlichkeit stark egozentrischer Prägung ohne tiefere Bindung zu den Menschen seiner Umgebung. Als psychopathische Persönlichkeit, die sich selbst gegenüber schonend, anderen gegenüber arm an Rücksichten sei, neige er zu Lösungen auf Biegen oder Brechen. Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 StGB verneinte der Sachverständige entschieden, er billigte ihm aber verminderte Zurechnungsfähigkeit zu.

Das Schwurgericht in Hagen verurteilte Dr. B. am 11. 3. 1954 nach viertägiger Verhandlung wegen Totschlags zu 10 Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust. Die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt wurde angeordnet. Das Gericht kam zu der Überzeugung, daß die Ruhrknappschaft eine Mitverantwortung dafür treffe, daß Dr. B. als Arzt seine Sucht jahrelang befriedigen konnte, ohne daß ein ernstlicher und sachgemäßer Entziehungsversuch gemacht wurde.

Nichtsüchtige Täter

Vielverschreiber

Unter den nichtsüchtigen Einzeltätern verdienen vor allem die vielverschreibenden Ärzte Beachtung. Arbeitsüberlastung, Unachtsamkeit, Leichtgläubigkeit, Nachgiebigkeit, Bequemlichkeit, aber auch mangelhafte Beherrschung der gesetzlichen Bestimmungen oder Unkenntnis der Suchtkrankheit und ihrer Gefährlichkeit und schließlich Bereicherungstendenzen sind für die Verstöße gegen das Opiumgesetz und die Verschreibungs-Verordnung verantwortlich. Fahrlässiges und leichtfertiges Handeln dürfte jedoch der entscheidende kriminogene Faktor sein.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint der Fall des 43 Jahre alten kaufmännischen Angestellten Otto W. erwähnenswert.

Fall 1: W. war für eine Bremer Importfirma nach Argentinien gegangen und hatte sich dort eine schwere Malaria zugezogen. Man behandelte ihn u. a. mit Morphium. Schließlich wurde er süchtig. Nach Bremen zurückgekehrt, bekam er Fühlung mit einem Morphinisten. Gemeinsam stahlen und fälschten sie Rezepte, die sie in nahen Großstädten einlösten. Auf Grund dieser Straftaten wurde gegen ihn 1937/38 ein Strafverfahren durchgeführt und eine Entziehungskur angeordnet.

Erst nach dem Kriege wurde er rückfällig. Da er die Symptome der Nierenkoliken am eigenen Leib verspürt hatte, bereitete es ihm keine Schwierigkeiten, den Ärzten erneute Erkrankungen vorzutäuschen, um so zu Morphium und Pantopon zu kommen. Allein bei einem Arzt erschwindelte er sich 180 Verschreibungen über 3600 Ampullen Pantopon. Ein anderer Arzt stellte ihm auf fingierte Namen Rezepte aus. Sein behandelnder Arzt verschrieb ihm in weiteren 179 Fällen Opiate, obwohl er wußte, daß W. auf der Sperrliste stand und auch bei anderen Ärzten Betäubungsmittelrezepte bezog.

Einem Apotheker war W. durch sein tägliches Erscheinen genau bekannt geworden. Dennoch löste er die von W. vorgelegten Betäubungsmittelrezepte ein, auch wenn sie auf andere Namen lauteten und obwohl er wußte, daß W. als Süchtiger auf der Sperrliste stand. Von einem anderen Apotheker kaufte W. 30 Ampullen Pantopon, bekam von einem weiteren für 120,— DM 10 g Morphiumsubstanz und ließ sich schließlich von einem Arzt einen Mann vermitteln, der ihm Morphiumsubstanz verkaufte.

Lehrreich und von der Norm abweichend ist ein Fall aus Regensburg, in dem sich zwischen vielverschreibendem Arzt und Süchtigem ein Betrüger eingeschoben hatte.

Fall 2: Dem 38 Jahre alten Kaufmann A. wurde nach einem Autounfall Polamidon verordnet. Der behandelnde Arzt, Dr. St., verschrieb ihm weiter Polamidon, als diese Verschreibung ärztlich nicht mehr gerechtfertigt war. Als Abholer der Rezepte trat immer mehr der 41jährige Bäcker M. auf, der dem A. die Tabletten zuteilte. A. bezahlte die wöchentlichen Verschreibungen — da er Verwalter eines Bierdepots war — jeweils mit einem Kasten Bockbier.

Damit der Name des A. nicht zu häufig in Erscheinung treten sollte, stellte Dr. St. auch Rezepte auf andere Namen aus. Dennoch fielen seine zahlreichen Verschreibungen und der hohe Praxisbedarf auf, so daß ihm für 2 Jahre das Verschreiben von Betäubungsmitteln verboten wurde.

Nun übernahm M. die Belieferung des A. aus den aufgesparten Vorräten. Über seine Bestände ließ er den ihm völlig hörigen A. aber im unklaren und forderte dreimal 3,— DM, da er sich angeblich in 3 Fällen bei einem Arzt habe untersuchen und Polamidon verschreiben lassen. Zusätzlich ließ er sich pro Ampulle einen Kasten Bier liefern. Für weitere 100,— DM besorgte er angeblich von einem Juden Polamidon, die Ampulle für 7,— DM. Er erzählte weiter, er kenne die Reinemachefrau einer Apotheke, die dort Polamidon gegen Barzahlung stehlen würde. A. zahlte mehrere 100,— DM. Die Putzfrau hat tatsächlich nie Betäubungsmittel entwendet.

Inzwischen war M. der Polamidonvorrat ausgegangen. Er suchte nun unter falschem Namen Ärzte auf und ließ sich appetitanregende Mittel verschreiben. Ihm kam es dabei lediglich auf die Rezepte an, die er ohne Wissen der Ärzte auf je 4 Ampullen Polamidon verfälschte. In 11 Fällen war er erfolgreich. Seinem Hausarzt stahl er aus dem Behandlungszimmer Rezepte und bezog in 13 Fällen auf seine Eigenverschreibungen Polamidon, für die er von A. den üblichen Preis von 7,— DM forderte. Aber auch A. verfälschte in 15 Fällen auf harmlose Mittel ausgestellte Rezepte.

Das Amtsgericht Regensburg verurteilte im Januar 1955 Dr. St. zu 300,— DM, A. an Stelle einer Gefängnisstrafe von 10 Wochen zu 370,— DM und M. wegen Betruges, Diebstahls und Urkundenfälschung zu 4 Monaten Gefängnis.

Fall 3: In einem anderen Fall verschrieb ein Arzt in Köln einer angeblich Gallenkranken, tatsächlich aber Süchtigen, ohne Untersuchung laufend Morphium und Eukodal auch dann noch, als ihm bekannt wurde, daß seine Patientin Rezepte fälschte. Er verkaufte ihr sogar eine Injektionsspritze und Morphiumampullen aus eigenen Beständen. Für sein gewissenloses Handeln verurteilte ihn das Amtsgericht Köln im Mai 1955 zu 4 Monaten Gefängnis und 400,— DM Geldstrafe. Nur wegen seines hohen Alters wurde von einem Berufsverbot abgesehen.

Fall 4: Ein ähnlich hartes, aber gerechtes Urteil verhängte das Schöffengericht Darmstadt im Mai 1955 gegen den Arzt Dr. R., der seiner Frau ärztlich unbegründet auf den Namen von Bekannten und Kassenpatienten über 218 Rezepte rund 2200 Ampullen Polamidon verschrieb. Er wurde mit 3000,— DM bestraft.

Diebstahl von Rauschgiften

Als weitere Gruppe der nichtsüchtigen Täter wären Diebe und Einbrecher zu nennen, deren Hauptangriffsziel die Entwendung suchtbildender Arzneimittel, vor allem von Rauschgiften ist. Sie arbeiten wie alle Diebe und Einbrecher als Alleintäter oder zu mehreren; beim Absetzen des Diebesgutes sind sie meist auf Mittelsmänner angewiesen.

In den Jahren 1953 bis 1955 tauchten in Hamburg, besonders unter den Prostituierten, so große Mengen Pervitin auf, daß man sich bald darüber klar war, daß derartige Mengen nicht über ärztliche Verschreibungen in Umlauf gesetzt sein konnten. Man nahm daher an, daß die Tabletten aus dem Werk der Herstellungsfirma herausgeschmuggelt würden.

Fall 5: In der Herstellungsfirma richtete sich der Verdacht gegen einen Tablettenmeister, den das Werk durch einen Detektiv überwachen ließ. Man gab den Tabletten überdies ein Farbreaktionsmittel bei, doch reagierten die über V-Leute besorgten Tabletten bei Testversuchen nicht immer positiv. Auch die Überwachung eines bekannten, einschlägig vorbestraften Schleichhändlers verlief zunächst negativ. Als über V-Leute endlich bekannt wurde, daß dieser Mann Pervitintabletten bezogen hatte, durchsuchte man seine Wohnung und fand hinter einer Deckleiste des Büfetts 400 Pervitintabletten.

In enger Zusammenarbeit zwischen den Kriminalpolizeien von Hamburg und Hannover ergab sich, daß drei Angestellte der Firma, darunter der in Verdacht stehende Meister, Tabletten und Pervitinsubstanz gestohlen und unter Assistenz eines in dem Werk tätig gewesenen Chemikers monatlich durchschnittlich 16 000, gelegentlich aber bis zu 30 000 Pervitintabletten hergestellt hatten. Die Tabletten verkauften sie zu 16 bis 18 Pfg. an vier Mittelsmänner, die sie ihrerseits wieder, das Stück zu 50 Pfg., vorwiegend an Prostituierte, weiterverkauften. Es konnten noch 29 567 Tabletten und 50 g Pervitin sichergestellt werden.

Immer muß damit gerechnet werden, daß Werksangehörige der pharmazeutischen Industrie der Versuchung, sich durch Diebstahl und Schleichhandel zu bereichern, unterliegen.
Dies zeigt ein weiterer Fall.

Fall 6: In den Monaten Oktober bis Dezember 1952 stahl der Schichtführer eines pharmazeutischen Betriebes in Baden aus der Siebmaschine nach und nach jeweils 100 bis 150 g, zusammen 3,6 kg Morphium purum im Gesamtwert von 4000,— DM. Er gab das Morphium einem Hilfsarbeiter, der es an zwei Mittelsmänner weiterleitete; diese brachten es unter Kleidern versteckt nach Basel und

übergaben es dort zwei Schweizern. Die Schweizer verkauften das Morphium in Mailand, wurden jedoch bei einem zweiten Versuch festgenommen. Inzwischen waren 800 g des gestohlenen Morphiums illegal in den Handel gebracht worden.

Das Schöffengericht Lörrach verhängte Gefängnisstrafen von 6 bis 18 Monaten. Die beiden Schweizer wurden in Mailand abgeurteilt.

Andere Einzeltäter und Tätergruppen versuchen, durch Einbrüche in Apotheken Opiate zu erlangen. Sie wissen, daß derartige Beute, wenn auch nicht gefahrlos, so doch mit gutem Verdienst abgesetzt werden kann. Es erübrigt sich eigentlich, für diese Fälle Beispiele zu bringen, da es sich um »normale« Einbrüche handelt, bei denen die Täter auch nicht verschmähen, Bargeld und ihnen sonst absetzbar scheinende Ausrüstungs- und Bürogegenstände mitzunehmen.

Fall 7: In diesem Zusammenhang sei auf das Ausschreiben im Bundeskriminalblatt Nr. 530 vom 22. 10. 1955 hingewiesen. Die Kriminalpolizei Köln teilt darin mit, daß in der Nacht zum 14. 10. Unbekannte nach Erklettern eines rückwärtigen Balkons und Entriegeln eines Fensters in eine Apotheke einstiegen. Sie erbrachen mit einem Schraubenzieher einen Schreibtisch und einen Stahlblechschrank und stahlen Opiate und Betäubungsmittel in Tabletten- und Ampullenform im Werte von 147,— DM, dazu eine Additionsmaschine und 1300,— DM Bargeld.

Es gibt auch Einbrecherkolonnen, denen Diebstahl und Absatz von Rauschgift derart gewinnbringend scheinen, daß sie sich auf Apothekeneinbrüche spezialisieren und als interlokale Täter arbeiten.

Fall 8: Im Herbst 1953 wurden in Hamburg die wiederholt einschlägig, u. a. mit Zuchthaus vorbestraften Einbrecher Kurt K. und Siegfried M. festgenommen und trotz Leugnens je eines Apothekeneinbruches in Hamburg und im Kreis Lichtenfels überführt. In beiden Fällen waren größere Mengen Rauschgift und Betäubungsmittel gestohlen worden. Man vermutete, daß noch weitere Einbrüche dieser Art auf ihr Konto kämen, konnte jedoch den Nachweis nicht führen. Beide verbüßen zur Zeit mehrjährige Zuchthausstrafen.

Betrüger (Händler mit »falscher Ware«)

Wo es gilt, die Schwächen anderer ausbeuterisch zu nutzen, tauchen sehr schnell die Betrüger auf. Hier seien besonders die Betrugsspezialisten erwähnt, die versuchen, »falsche Ware« an den Mann zu bringen, also Süchtigen statt Opiaten und Betäubungsmitteln harmlose und daher meist auch wertlose Produkte zu den üblichen hohen Schleichhandelspreisen zu verkaufen. Da sich der Schleichhandel — sowohl bei einigen Tabletten als auch bei größeren Mengen — immer heimlich und schnell abwickeln muß und es sich bei den Tätern um versierte, aufeinander eingespielte und psychologisch gekonnt arbeitende Spezialisten handelt, sind sie im »Geschäfts«-Verkehr mit den dem Mittel entgegenfiebernden Süchtigen nur zu häufig erfolgreich.

Fall 9: Im Juli 1954 verurteilte das Schöffengericht Ravensburg den viermal einschlägig vorbestraften Betrüger Georg L. erneut wegen Betruges zu 1 Jahr 3 Monaten Gefängnis. L. war in dem Bestreben, nach seiner letzten Strafverbüßung rasch zu Geld zu kommen, u. a. auch auf den Gedanken verfallen, wertlose, mit sterilisierter Kochsalzlösung gefüllte Ampullen mit der Aufschrift Morphium zu versehen und zu hohen Preisen unter der Hand zu verkaufen. Er beschaffte sich 500 Ampullen, ließ sich entsprechende Etiketten drucken, fuhr nach Stuttgart und nahm mit einem Juden Verbindung auf, der angab, Interessenten zu kennen. An Stelle der Interessenten schaltete er die Polizei ein. Bei den Übergabeverhandlungen einigte man sich auf 3,— DM pro Ampulle, obwohl L. zunächst 10,— DM gefordert hatte. Für einen Gesamtpreis von 1500,— DM wechselten die Ampullen ihren Besitzer. Beim Verlassen des Lokals wurde L. festgenommen.

Fall 10: In einem anderen im Sommer 1953 gleichfalls in Stuttgart spielenden Fall hatte der mehrfach wegen Betruges vorbestrafte Karl B. in einem Lokal zwei junge Männer geworben, die für ihn Morphium nach Pforzheim transportieren sollten. Als Sicherheit für die ordnungsmäßige Durchführung des Auftrages forderte B. von den beiden die Hinterlegung von 400,— DM. Die jungen Leute verständigten die Polizei, und B. wurde bei der Übergabe des Paketes festgenommen. Statt Morphium enthielt die Zigarrenkiste Erde, Sägemehl und Steine. B. wurde wegen Betrugsversuchs vom Amtsgericht Stuttgart zu 1 Monat Gefängnis verurteilt.

Händler

Hier drängt sich zunächst die Erinnerung an die umfangreichen Wehrmachtsbestände an Betäubungsmitteln auf, die nach dem Zusammenbruch 1945 verschoben wurden. Man hält es für möglich, daß es heute noch Restbestände gibt, aus denen der Schleichhandel gespeist wird. Neben Sanitätsdienstgraden waren es vor allem Ausländer, die nach Plünderung der Wehrmachtslager Betäubungsmittel schwarz handelten und dabei — wenn möglich — die Käufer »spritzten« oder aber zur

»Blütezeit« des Schwarzmarktes die Geschäftspartner beraubten oder sogar töteten. Diesem Treiben mußte die Polizei zunächst machtlos zusehen, weil sie völlig rechtlos, unbewaffnet und ohne Unterstützung der Besatzungsmächte war. Polizeiliche Ermittlungen waren infolgedessen zwecklos.

Erst als die chaotischen Zustände auch die Sicherheit der Besatzungsangehörigen bedrohten, wurden der deutschen Polizei nach und nach beschränkte Vollmachten zugebilligt. Ihre Arbeit konnte jedoch zunächst nur von geringem Erfolg sein. Die Rauschgifthändler bestanden darauf, Waren- und Geldübergabe innerhalb ihrer Wohnlager vorzunehmen. Darauf durfte sich kein deutscher Tauschpartner einlassen; denn einmal im Lager, war er seine Ware los, und er konnte zufrieden sein, wenn er lebend wieder herauskam. Trotz der damit verbundenen Gefahren haben die Kriminalbeamten immer wieder versucht, mit den rauschgifthandelnden Ausländergruppen Fühlung zu bekommen. Mit zunehmender Stabilisierung der Lage wurden die Erfolge zahlreicher. Es kam bei diesen Aktionen zur Sicherstellung derart großer Rauschgiftmengen, wie sie heute in der Bundesrepublik nicht mehr erreicht werden.

Fall 11: Der 25 Jahre alte Dentisten-Assistent Günter H. in Braunschweig hatte größere Mengen Opium im Besitz, das angeblich aus Kriegsbeständen stammen sollte, vermutlich aber aus Diebstählen herrührte.

H. versuchte, im Juli 1952 Opium abzusetzen. Er bekam mit zwei Ungarn Fühlung, die Käufer zu besorgen versprachen, jedoch die Kriminalpolizei verständigten. Diese schaltete einen Kriminalbeamten als Käufer ein, dem 43 Flaschen mit insgesamt 1550 g Opium für 80 000,— DM angeboten wurden. Während der Übergabe in der Wohnung des H. erfolgte dessen Festnahme. Kaum war H. aus der U.-Haft entlassen, bemühte er sich erneut, Opium zu verkaufen und suchte über einen Mittelsmann Interessenten. Wieder erfuhr die Kriminalpolizei davon und spielte erneut zwei Kriminalbeamte als Käufer an H. heran. Angeboten wurden 625 g Opium für 16 000,— DM. Nach mehreren Verhandlungen kam es im November 1952 zur Übergabe. Dabei wurden H. und sein Mittelsmann festgenommen und das Opium sichergestellt.

Einen Monat später wurde H. wieder aus der U.-Haft entlassen, doch dauerte es diesmal bis August 1953, daß er erneut 5 Flaschen Opium mit 530 g über zwei Mittelsmänner anbot. Da einer der Mittelsmänner V-Mann der Zollfahndungsstelle war, erfuhr die Kriminalpolizei wiederum von der Sache und schaltete zum dritten Male zwei Beamte als Käufer ein. Auf Grund der gemachten Erfahrungen blieb H. allerdings bei diesem Handel völlig im Hintergrund.

Mitte August 1954 war es endlich nach mehreren Besprechungen so weit, daß die Übergabe des Opiums in einem Café erfolgen sollte. Der Mittelsmann erklärte jedoch, sein Auftraggeber wolle die Ware außerhalb Braunschweigs übergeben. Die als Käufer auftretenden Kriminalbeamten mußten wunschgemäß einen Volkswagen mieten und zusammen mit den beiden Mittelsmännern nach außerhalb fahren.

Nach etwa 8 km ließen die Mittelspersonen halten und zeigten den Käufern eine im Wagen versteckt mitgeführte Flasche mit Opium als Probe. Man einigte sich auf 18 000,— DM pro kg Opium. Einer der Vermittler verließ daraufhin den Wagen und begab sich zu einem Mann, der sich in der Nähe auf einem Feld versteckt hatte. Nach seiner Rückkehr wurde vereinbart, daß immer nur eine Flasche übergeben und zugleich mit 2000,— DM bezahlt werden sollte. So geschah es nach und nach mit 5 Flaschen. Nach diesem Handel wurden die beiden Mittelsmänner im Wagen festgenommen. H. flüchtete mit einem Fahrrad und durchschwamm einen Kanal. Er konnte später ebenfalls festgenommen werden.

Das Schöffengericht Braunschweig verurteilte ihn im Februar 1955 zu 1 Jahr 3 Monaten Gefängnis und einen der beiden Mittelsmänner zu 5 Monaten Gefängnis, während der V-Mann der Zollfahndung, bei dem nicht sicher war, ob er ein doppeltes Spiel getrieben hatte, freigesprochen werden mußte.

Die Taktik, mit der die Täter vorgingen, soll im folgenden noch kurz skizziert werden:

Die Unterhändler der Gegenseite forderten vor den Kaufverhandlungen die Personalausweise der Käufer, um sich über deren Identität zu informieren; es war notwendig, Decknamen und außerhalb Braunschweigs Deckadressen zu haben, die Nachprüfungen der Täter standhielten; sie wollten vor Festlegung des Übergabetermins die Zahlungsfähigkeit der Interessenten prüfen und Bargeld sehen; man verlangte, daß die Käufer trotz eines bereitstehenden »eigenen Wagens« einen Leihwagen nahmen; die mitfahrenden Mittelsmänner ließen den PKW absichtlich falsch und dann zurückfahren, um etwaige Verfolger festzustellen; der Rädelsführer erschien mit einem auf dem Lande unauffälligen, zur Flucht gut geeigneten Fahrrad; das Opium war in einem Rübenfeld versteckt und wurde nur flaschenweise gegen Barzahlung geholt; während der Flucht zog sich der Haupttäter nach Durchschwimmen eines Kanals im Hause einer Verwandten um und behauptete, nicht der Verfolgte und Gesuchte zu sein; der V-Mann fädelte die Sache so ein, daß er je nach Lage für die Polizei oder in die eigene Tasche gearbeitet haben konnte.

Insgesamt wurden 2180 g Opiumextrakt und 225 g Opiumpulver sichergestellt.

Abschließend sei noch erwähnt, daß sich mitunter ausländische Händler in Deutschland niederlassen, um die jeweilige Konjunktur zu nutzen. Im übrigen aber ist die Bundesrepublik für den internationalen Rauschgifthandel kein geeignetes Absatzgebiet. Auch der Durchgangsverkehr hat keine besondere Bedeutung. Marihuana ist in Deutschland vorläufig keine Gefahr. Wenn in Hafenstädten und in Süddeutschland Marihuana gehandelt wird, so kommen als Täter fast ausschließlich amerikanische Negersoldaten und deren Anhang in Betracht, die auf dieses Gift nicht verzichten wollen.

Fall 12: Anfang Februar 1952 wurde die Stuttgarter Kriminalpolizei anläßlich einer Hotelkontrolle auf den Amerikaner Sigmund Sch. aufmerksam, der als internationaler Schmuggler zur Überwachung ausgeschrieben war. Er sollte Haschisch im Besitz haben. Sch. wurde festgenommen. In Zusammenarbeit mit dem CID wurde festgestellt, daß das Haschisch von dem amerikanischen Musikstudenten W. stammte, der im gleichen Hotel wohnte, aber nach Paris gefahren war. Er wollte dort Haschisch und Marihuana kaufen und in einigen Tagen zurückkommen.

Man überwachte die Züge und konnte den mit W. zusammenarbeitenden amerikanischen Soldaten G. beim Verlassen des Orientexpresses festnehmen. Es wurden bei ihm 25 Blocks Haschisch und 1½ Pfd. Marihuana sichergestellt. Die Rauschgifte hatte er zusammen mit W. im Araberviertel von Paris gekauft.

Die aus Paris kommenden Züge wurden weiterhin überwacht. Auch W. konnte bei der Ankunft in Stuttgart festgenommen werden. In seinem Trompetenkasten hatte er 274 g Marihuana versteckt. W. unterstand als Zivilist der deutschen Gerichtsbarkeit. Er war seit 1950 marihuanasüchtig und brauchte täglich 15 Zigaretten. Das Schöffengericht Stuttgart verurteilte ihn im April 1952 zu 3 Monaten Gefängnis.

Einige Monate später bekam die Kriminalpolizei wieder mit Sch. Fühlung. Er hatte Verbindung zu Nordafrikanern, die sich in Stuttgart aufhielten. Hierbei bezeichnete er den Tunesier A. und den Marokkaner F. als führende Köpfe einer Gruppe, die für farbige Soldaten Marihuana schmuggelten. Bei seiner nächsten Rückkehr aus Frankreich wurde A. festgenommen. Er hatte 250 g Marihuana bei sich. Da ihm kein Handel nachgewiesen werden konnte, wurde er lediglich mit 6 Wochen Gefängnis bestraft. Bei einer kurz darauf vorgenommenen Hotelkontrolle wurden bei dem Marokkaner F. 150 g Marihuana gefunden. Er bekam gleichfalls 6 Wochen Gefängnis.

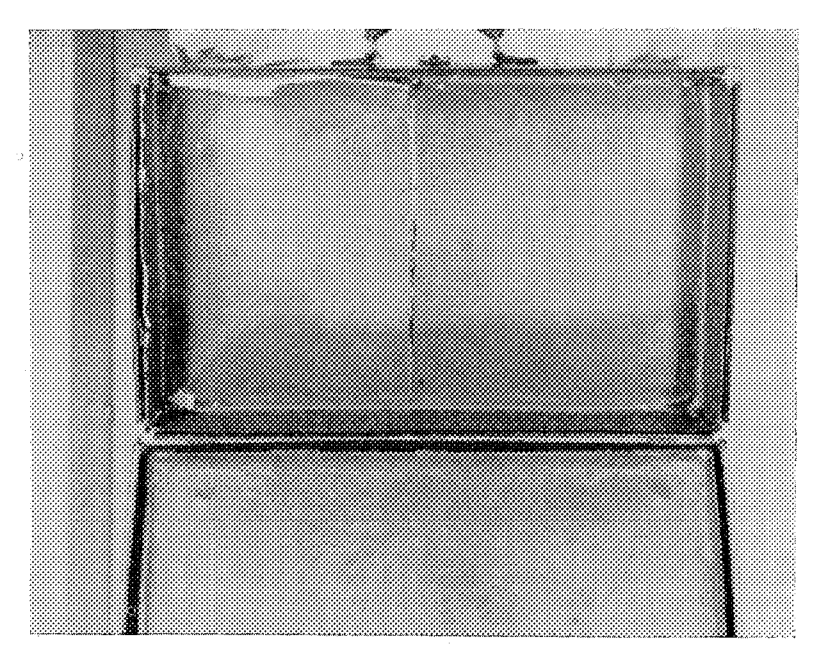
Nach ihrer Haftverbüßung schmuggelten die beiden Afrikaner weiter. Es gelang dem Sch., sich mit ihnen so anzufreunden, daß er eine Zeitlang mit ihnen in einem Zimmer wohnte. Der CID setzte sicherheitshalber und zur Kontrolle des Sch. einen V-Mann ein, der gleichfalls so guten Kontakt bekam, daß man ihn mit einem Brief nach Forbach schickte, um Marihuana zu holen. Der Brief wurde vorher fotokopiert und das geschmuggelte Marihuana (300 g) vor der Übergabe an die Afrikaner eingefärbt, um auf diese Weise den Weitervertrieb beweisen zu können. Dieser Nachweis gelang auch. Die gesamte Gruppe — mit Ausnahme des A. — wurde bei einer Razzia festgenommen. Nach A. wurde im In- und Ausland gefahndet. Schließlich wurde er in Hamburg festgenommen. Er hatte sich zunächst im Raum von Straßburg aufgehalten und war dann nach Frankfurt gefahren, um über Hamburg per Schiff nach Afrika zu gelangen. Das amerikanische Distriktsgericht in Stuttgart verurteilte A. zu 4, F. zu 2 und zwei weitere Mittäter zu je 1½ Jahren Gefängnis.

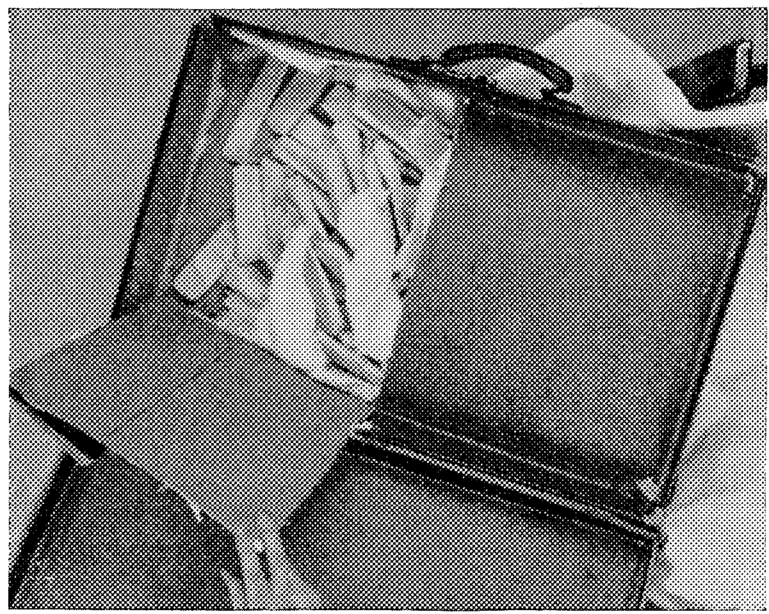
Die geschilderten Fälle zeigen, daß Süchtige — enthemmt, willensschwach und von dem Hunger nach Gift beherrscht — mit allen Mitteln, raffiniert und skrupellos wie versierte Gewohnheitsverbrecher, bemüht sind, sich Rauschgifte und Betäubungsmittel zu verschaffen. Die hohe Rückfalltendenz, der Persönlichkeitszerfall und die Gefahr, die von süchtigen Medizinalpersonen, vor allem von Ärzten, ausgeht, sind dabei besonders gravierend.

So bilden die Süchtigen bis zu ihrer endgültigen Heilung eine stete Gefahr für die öffentliche Sicherheit. Sie zwingt den Gesetzgeber zu scharfen Vorschriften und die für die Bekämpfung der Sucht und der Suchtkriminalität zuständigen Kreise — Ärzte und Apothekerschaft, Justiz, Verwaltungsbehörden und Kriminalpolizei — in enger Zusammenarbeit darüber zu wachen, daß Gesetze und Verordnungen peinlich genau eingehalten und Personen, die gegen sie verstoßen, ermittelt, überführt, bestraft und zur Sicherung und Besserung untergebracht werden.

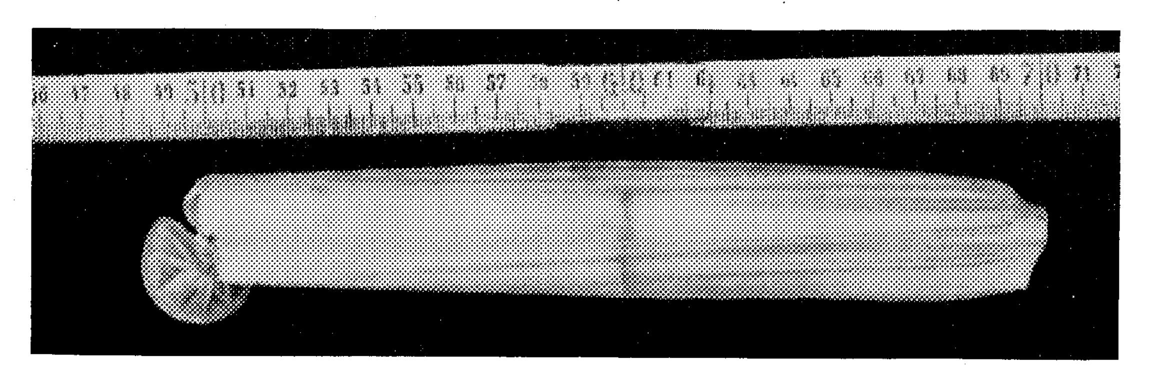


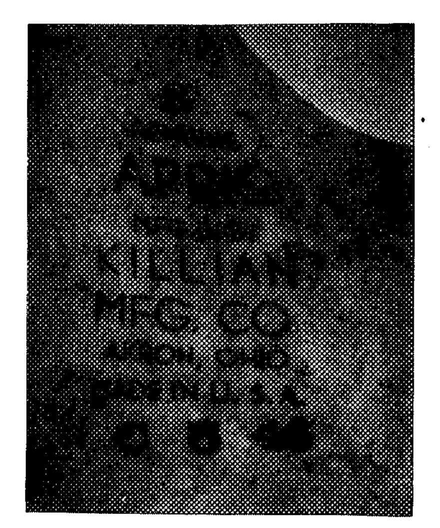
In Hamburg sichergestellter Koffer mit doppeltem Boden, enthaltend 5820 g Rauchopium in Stangen. Diese waren in weißes Papier eingewickelt und jeweils zu 3 bis 4 Stück in einem Kondom eingeknotet.





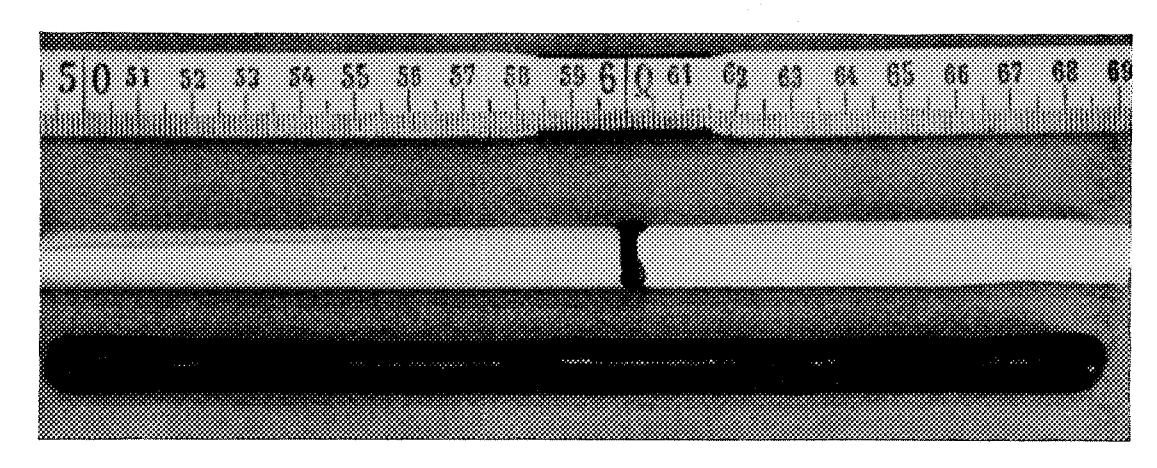
(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

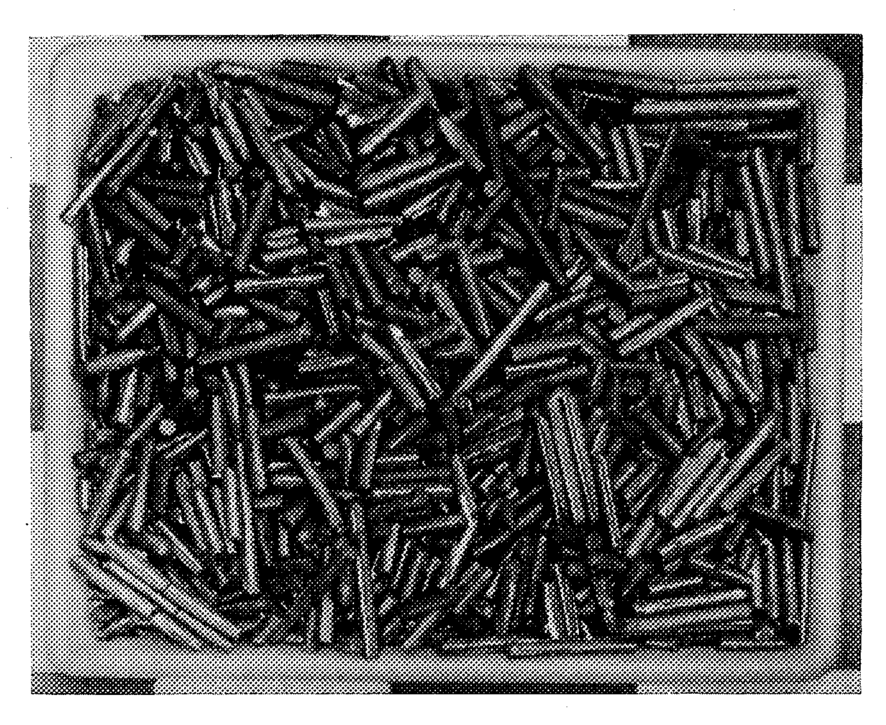




Aufschrift auf den als Verpackungsmaterial mitverwandten Kondomen

Rauchopiumstange = 20 cm Länge und 1 cm Durchmesser





(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Erfahrungen der Kriminalpolizei bei der Bekämpfung straffälliger Rauschgiftsüchtiger in Berlin

Kriminalkommissar Jungnickel, Kriminalpolizei Berlin

Im Jahre 1953 ist in Berlin auf strafprozessualer Grundlage die Unterbringung von 72 Rauschgiftsüchtigen von den Strafgerichten ausgesprochen worden. Das gesamte Bundesgebiet weist in der gleichen Zeit nur 20 derartige Unterbringungen auf. Diese unterschiedlichen Zahlen sind aufklärungsbedürftig. Setzen wir sie zu den Bevölkerungszahlen West-Berlins und des Bundesgebietes in ein Verhältnis, dann ergibt sich folgender Vergleich: Geht man davon aus, daß im Bundesgebiet alle Rauschgiftsüchtigen, die im Zusammenhang mit kriminellen Delikten in Erscheinung getreten sind, in Anstalten eingewiesen wurden, dann würden den 20 Unterbringungen im Bundesgebiet nur 1 bis 2 in West-Berlin entsprechen; legt man umgekehrt die Berliner Unterbringungsziffer zugrunde, so würden dieser für das Bundesgebiet 1400 Fälle entsprechen. *)

Man könnte daraus folgern, daß sich in Berlin mehr rauschgiftsüchtige Personen aufhalten als im Bundesgebiet. Wenn auch die Großstadt ein guter Nährboden für alle asozialen Erscheinungen ist, so kann doch ein derartig großer Unterschied mit dieser Tatsache allein nicht erklärt werden. M. E. liegen dafür andere Gründe vor.

Bei der obrigkeitlichen Auseinandersetzung mit Rauschgiftsüchtigen stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung, die beide zu dem gleichen Ergebnis, nämlich zur zwangsweisen Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, führen. Entweder können die Gesundheitsverwaltung und der Vormundschaftsrichter oder aber die Strafverfolgungsbehörden und der Strafrichter die Einweisung des Süchtigen veranlassen. Im ersten Falle bilden für das Verfahren die örtlich verschiedenen Landesgesetze, im anderen Falle die bundeseinheitliche Strafprozeßordnung die gesetzliche Grundlage.

Der zweite Weg dürfte am zuverlässigsten und schnellsten zum Ziel führen. Dabei schwebt als Ziel die zwangsweise Unterbringung als einzig taugliches und wirksames Mittel zur Abwendung der schweren Gefahren, die dem einzelnen und der Gemeinschaft von der Rauschgiftsucht her drohen, vor. Auch den Betroffenen kann nur auf diese Art und Weise geholfen werden.

Die Rauschgiftsucht beinhaltet eine besondere soziale Gefahr. Die Mittel der Behörden müssen daher, um mit Aussicht auf Erfolg angewandt werden zu können, den Gegebenheiten unseres modernen Lebens angepaßt sein.

Es darf nicht übersehen werden, daß — abgesehen von der Gefährlichkeit der Erscheinungen im Normalfalle — die Behörden es immer zu tun haben mit

1. verschleierten Sachverhalten,
2. Personengruppen, die die staatlichen Ordnungsmaßnahmen zu vereiteln suchen, und
3. Taten und Tätern, die eine ausgesprochene Wiederholungstendenz zeigen.

Auf diese Verhältnisse sind die polizeilichen, strafrechtlichen und strafprozessualen Maßnahmen im besonderen abgestellt. Die Mittel der staatlichen Gesundheitsbehörden und des Vormundschaftsrichters sind demgegenüber beschränkt. Es sei in diesem Zusammenhang besonders auf die Festnahme als die einzig wirksame und zuverlässige Sicherstellung der Person und auf die Durch-

[1]) Verf. Diese Diskrepanz dürfte z. T. auch darauf zurückzuführen sein, daß in den Ländern der Bundesrepublik viele Unterbringungen auf verwaltungsrechtlichem Wege erfolgen, die statistisch in der oben angegebenen Zahl (20) nicht erfaßt sind.

suchung von Räumen zur Auffindung von Beweismaterial hingewiesen. Darüber hinaus bieten die Karteien der Kriminalpolizei, die kriminaltechnischen Untersuchungsanstalten und das Nachrichten- und Transportwesen der Polizei bessere Möglichkeiten. Es sind jedoch nicht nur die Vorteile des wirksamen Zugriffs zu beachten, die das Strafverfahren gegenüber dem Süchtigen bietet, sondern auch die Maßnahme der einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO. Die Bestimmung des § 42h StGB läßt es zu, den Süchtigen längere Zeit unter vorläufiger Kontrolle zu halten.

Die Gesundheitsbehörden und der Vormundschaftsrichter verfügen über keine eigenen Exekutivorgane. Beim kriminalpolizeilichen Vorgehen ist zu bedenken, daß die strafprozessualen Maßnahmen nur gegen straffällige Süchtige Anwendung finden können. Die Süchtigen oder ihre Helfer werden aber meist bei der Beschaffung der Suchtmittel Straftatbestände verwirklichen und damit verfahrensmäßig den Bestimmungen der Strafprozeßordnung unterliegen. Die Gesetzgebung auf dem Gebiete der Betäubungsmittel, insbesondere hinsichtlich des Bezugs von Betäubungsmitteln, ist im Prinzip lückenlos. Ausweichmöglichkeiten können für den Süchtigen vorübergehend dadurch entstehen, daß die Gesetzgebung mit der Produktion neuer suchtbildender Medikamente nicht Schritt hält.

Nach der Erläuterung der rechtlichen Möglichkeiten bei dem Vorgehen gegen Süchtige sollen nunmehr die Personengruppen der Süchtigen und die kriminalpolizeilichen Bekämpfungsmöglichkeiten erörtert werden.

Für die Tätigkeit der Kriminalpolizei bedarf es keiner Aufstellung einer Typologie straffälliger Süchtiger. Diese Einteilung mag den Medizinern, in Einzelfällen den Psychologen, vorbehalten bleiben. Für den Kriminalbeamten hat eine solche Einordnung nur dann Interesse, wenn sie zu praktischen Folgerungen in der kriminalpolizeilichen Arbeit führt. Insoweit liegen die Dinge jedoch einfach. Die Kriminalpolizei hat es bei der Bekämpfung der Rauschgifttäter im allgemeinen nur mit Tätergruppen zu tun, die zwar im Regelfalle bestimmte Arten von Delikten begehen, doch zu einem wesentlichen Prozentsatz nach ihrer sozialen Herkunft zu bestimmen sind.

Als besonders zu beachtende Erscheinung ist hier der süchtige Arzt zu nennen. Die schweren Gefahren, die der Allgemeinheit durch süchtige Ärzte drohen, sind allgemein bekannt. Der süchtige Arzt, der zur Suchtmittelbeschaffung die Selbstindikation wählt, begeht einen Verstoß gegen die Verschreibungsverordnung in Verbindung mit dem Opiumgesetz. Der Arzt weiß, daß seine Eigenverschreibungen unbegründet sind. Um den späteren hohen Verbrauch an Betäubungsmitteln für seine Person zu verschleiern, ist er schließlich gezwungen, entweder auf Namen seiner Patienten oder aber »für die Praxis« Betäubungsmittel zu beziehen. Die derart getarnten Opiatrezepte wird er bei möglichst zahlreichen Apotheken unterzubringen suchen, um ihre Häufung nicht auffällig werden zu lassen. Der umfangreiche Betäubungsmittelbedarf jedes Süchtigen — sei er nun Arzt oder nicht — ist aber auf die Dauer nicht nur ein Problem der Bezugsquelle, sondern auch seiner Finanzkraft. Der süchtige Arzt verschreibt deshalb die für seinen eigenen Bedarf benötigten Betäubungsmittel oft auf die Namen von Kassenpatienten oder »pro statione«, um auf diese Weise ohne eigene geldliche Aufwendungen seinen Bedarf decken zu können. Er begeht damit zusätzlich ein Vermögensdelikt.

Die zweite große Gruppe straffälliger Süchtiger bilden die sonstigen Angehörigen von Heilberufen, wie Krankenpflegepersonal, Sprechstundenhilfen, medizinische Assistenten usw. Dieser Personenkreis beschafft sich in der Regel das Rauschgift, wenigstens in der ersten Phase, durch Diebstahl. Er vergreift sich an den ihm zugänglichen Opiatbeständen der Krankenhäuser oder Ärzte. Eine wirksame Prävention gegen diese Übergriffe erscheint theoretisch durch zuverlässige Buchführung und Kontrollen sehr einfach; praktisch ist sie fast unmöglich. Ein weiterer von diesem Personenkreis bevorzugter Weg zum Opiat ist die Verwendung diebisch erlangter Rezeptformulare. Die gestohlenen Formulare werden auf Grund der beruflichen Sachkunde entsprechend geschickt mit Rezepturen und gefälschten Unterschriften versehen.

Die Entstehung der Sucht bei Ärzten und Angehörigen der Heilberufe beruht in der Regel auf einem verwerfbaren Verhalten. Diese Personen bedienen sich des Rauschgiftes, dessen Wirkung und vorbehaltene Verwendung ihnen bekannt ist, um irgendwelcher Lebensschwierigkeiten Herr zu werden. Es ist ihnen bewußt, daß sie etwas Unerlaubtes und Strafbares tun. Zu Beginn der Sucht sind sie auch noch in der Lage, dieser Einsicht gemäß zu handeln und dem Gift zu widerstehen. Dennoch wählen sie leichtfertig in mißverstandenem eigenem Interesse den Weg des Verbotenen und bringen sich und ihre Familie durch eigenes Verschulden in eine fast ausweglose Lage. Das bedeutet jedoch nicht, daß sie keinen Anspruch auf Hilfe hätten, wenn es sich auch um eine Hilfe handelt, die unvermeidlich Härten mit sich bringt.

Die dritte und wohl größte Gruppe der straffälligen Süchtigen bildet jener Personenkreis, der schicksalsmäßig, fast möchte man sagen auf tragische Weise, dem Rauschgift verfallen ist. Die Täter dieses Kreises haben meist schwere Krankheiten durchgemacht, bei denen die Verwendung von Opiaten als Schmerzlinderungsmittel durchaus angebracht gewesen sein mag. Diese Gruppe vermag sich auf Grund ihrer physischen Konstitution kaum von diesen Mitteln zu lösen.

In der Regel erschleichen sich diese bedauernswerten Menschen das Opiat durch Vortäuschung einer Krankheit. Zumeist nehmen sie mehrere Ärzte in Anspruch. Im fortgeschrittenen Stadium begehen sie Diebstähle von Rezeptformularen und Urkundenfälschungen in Form von Verfälschungen echter Rezepte oder Totalfälschungen, aber auch Betrugshandlungen zum Schaden von Krankenkassen und Apotheken.

Um diese drei Täterkreise erfolgreich bekämpfen zu können, müssen bei der Kriminalpolizei besondere Voraussetzungen organisatorischer und personeller Art vorliegen.

Die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten setzt bei den kriminalpolizeilichen Sachbearbeitern ein bestimmtes Wissen in bezug auf die Pharmakologie voraus, das nicht von jedem Beamten erwartet und nachgewiesen werden kann. Die genaue Kenntnis der einschlägigen Gesetzesmaterie, insbesondere der Verschreibungs- und Abgabeverordnung und des Opiumgesetzes, ist unbedingte Voraussetzung. Darüber hinaus muß von einem guten Sachbearbeiter der Rauschgiftdelikte auch ein gewisses medizinisches Wissen verlangt werden. Hierzu gehört die Beherrschung einer Reihe von Fachausdrücken. Das Spezialwissen des Rauschgiftsachbearbeiters ist von nicht zu unterschätzender psychologischer Bedeutung. Autorität und Prestige des Ermittlungsbeamten werden nur dann gewahrt, wenn er sich mit der Materie derart vertraut gemacht hat, daß er sich vollkommen sicher fühlt. Wesentlich ist auch, daß der Sachbearbeiter dem Süchtigen beim ersten Zusammentreffen richtig gegenübertritt. In der Regel befindet sich der Süchtige in einem Ausnahmezustand. Er ist krank. Mit Kranken umzugehen ist aber nicht jedermanns Sache, schon gar nicht Sache jedes Polizeibeamten. So sehr m. E. der Einsatz strafprozessualer Mittel gegen den kriminellen Süchtigen zu befürworten ist, so ist doch Wert darauf zu legen, daß bei der Anwendung dieser Mittel darauf Rücksicht genommen wird, daß es sich nicht um gewöhnliche Rechtsbrecher handelt. Der Beamte muß dem depressiven, stimmungslabilen und sensiblen Täter, der letztlich zu bedauern ist, mit Einfühlungsvermögen und Geduld, aber auch mit Energie gegenübertreten.

In der Praxis ist es so, daß die Rauschgiftsachbearbeiter organisatorisch bei einer Dienststelle zusammengefaßt sind. Herkömmlicherweise hat man überörtliche Sonderdienststellen gebildet. Maßgebend dafür war der Gesichtspunkt, daß der Süchtige seine Drogen zur Verschleierung seiner illegalen Beschaffungen in der Regel an verschiedenen Orten bezieht. Diese Tatsache zwingt zu einer überörtlichen Bearbeitung der Rauschgiftdelikte. Dennoch muß der Rauschgiftsachbearbeiter auch in jeder größeren örtlichen Dienststelle vertreten sein. M. E. wird dieser Gesichtspunkt im Bundesgebiet nicht ausreichend berücksichtigt. Die Spezialsachbearbeiter sind von den Tatorten und Wohnorten der Täter zu weit entfernt. In West-Berlin liegen die Ansatzpunkte für die Bearbeitung im unmittelbaren Aktionsbereich der Spezialdienststelle. Dies dürfte — wenigstens teilweise — auch die eingangs besprochenen unterschiedlichen Erfolgsziffern erklären.

Im Gegensatz zu den meisten anderen kriminalpolizeilichen Arbeitsgebieten spielt die Anzeige als Anstoß und Ausgangspunkt für kriminalpolizeiliche Ermittlungen bei Rauschgiftdelikten fast keine Rolle. Die Angehörigen des Süchtigen erstatten zumeist keine Anzeige, aber auch die sonstige Umgebung des Süchtigen verhält sich der Polizei gegenüber meist neutral. Das mag daran liegen, daß dem Laien die Strafbarkeit der einschlägigen Sachverhalte vielfach nicht bekannt ist. Andererseits wird aber auch eine gewisse Scheu bestehen, dem sichtbaren Elend der betroffenen Personen auch noch das Ungemach einer polizeilichen Untersuchung hinzuzufügen. Da die Kriminalpolizei demnach kaum damit rechnen kann, in bezug auf die Suchtkriminalität Anzeigen zu erhalten, ist sie darauf angewiesen, selbst zu ermitteln. Der Süchtige braucht das Opiat wie sein täglich Brot. Der weit überwiegende Teil der Betäubungsmittel wird von den Apotheken bezogen, während der illegale Handel in West-Berlin keine Rolle spielt. Damit wird aber der Weg zur Apotheke für den Süchtigen zur unumgänglichen Notwendigkeit. Hierin liegt die erfolgversprechende Ausgangsposition für die Kriminalpolizei zur Auffindung brauchbarer Hinweise.

Mit der Apothekenkontrolle steht und fällt jede wirksame Bekämpfung der Suchtkriminalität.

In West-Berlin macht die Kriminalpolizei von der Durchführung der Apothekenkontrolle seit Jahrzehnten ohne Schwierigkeiten Gebrauch. Die traditionell guten Beziehungen der Sachbearbeiter des Rauschgiftdezernats zu den Berliner Apothekern wirken sich hier vorteilhaft aus. In Berlin ist es infolgedessen nicht schwierig, den Verdacht, daß in einer bestimmten Apotheke hinsichtlich bestimmter Ärzte oder bestimmter Privatpersonen Beweismittel aufzufinden seien, konkret zu begründen. Im Bundesgebiet, besonders außerhalb der Großstädte, ist es nicht so einfach, diese polizeilich notwendigen Maßnahmen einzuleiten und auszuführen.

Die Apothekenkontrollen sind — das muß immer wieder betont werden — keine Kontrollen des Apothekers, sondern haben lediglich den Zweck, die Bezieher von Opiaten festzustellen und zu überprüfen. Es gilt, falsche und verfälschte Rezepte zu erkennen, verschleierte Opiatbezüge größeren Umfangs aufzudecken und die Zusammenhänge zu klären. Eine erfolgreiche Tätigkeit setzt Erfahrung und Fingerspitzengefühl voraus.

Das bei den Apothekenkontrollen gefundene Beweismaterial muß durch weitere Ermittlungen, insbesondere durch Durchsuchungen bei suchtverdächtigen Personen, ergänzt werden. Durchsuchungen bei Ärzten führen im Normalfalle zu keinen brauchbaren Ergebnissen, da jeder Arzt die Mittel und Gegenstände, die zum Rauschgiftbezug gebraucht werden, vorrätig hat. Dagegen können im häuslichen Bereich des Arztes oft wertvolle Feststellungen getroffen werden, deren Beweis- und Überzeugungswert nicht hoch genug eingeschätzt werden können. In geeigneten Fällen sollte man daher fotografische Aufnahmen machen, um die oft unglaublichen Verwahrlosungszustände festzuhalten, die bei Süchtigen aller Kategorien angetroffen werden.

Bei den nichtärztlichen Süchtigen ist eine Durchsuchung fast immer von Erfolg. Einschlägiges Verpackungsmaterial, Spritzen, Rezeptformulare und Material zur Rezeptfälschung werden von dem kundigen Sachbearbeiter aufgefunden. Blutflecke in schmutziger Wäsche und unsaubere Wattetupfer können Hinweise geben.

Das bei den Apothekenkontrollen und bei einer evtl. Durchsuchung gesicherte Material reicht im allgemeinen aus, um den Süchtigen vorläufig festnehmen zu können.

Häufig begeben sich straffällige Süchtige, denen der Beginn eines Ermittlungsverfahrens zur Kenntnis gelangt ist, zur freiwilligen Entziehung in eine Privatklinik. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß dem Süchtigen damit nicht gedient ist. Die Einweisung in eine staatliche Heil- oder Pflegeanstalt und die Begutachtung durch den Amtsarzt sind im Interesse des Süchtigen unumgänglich.

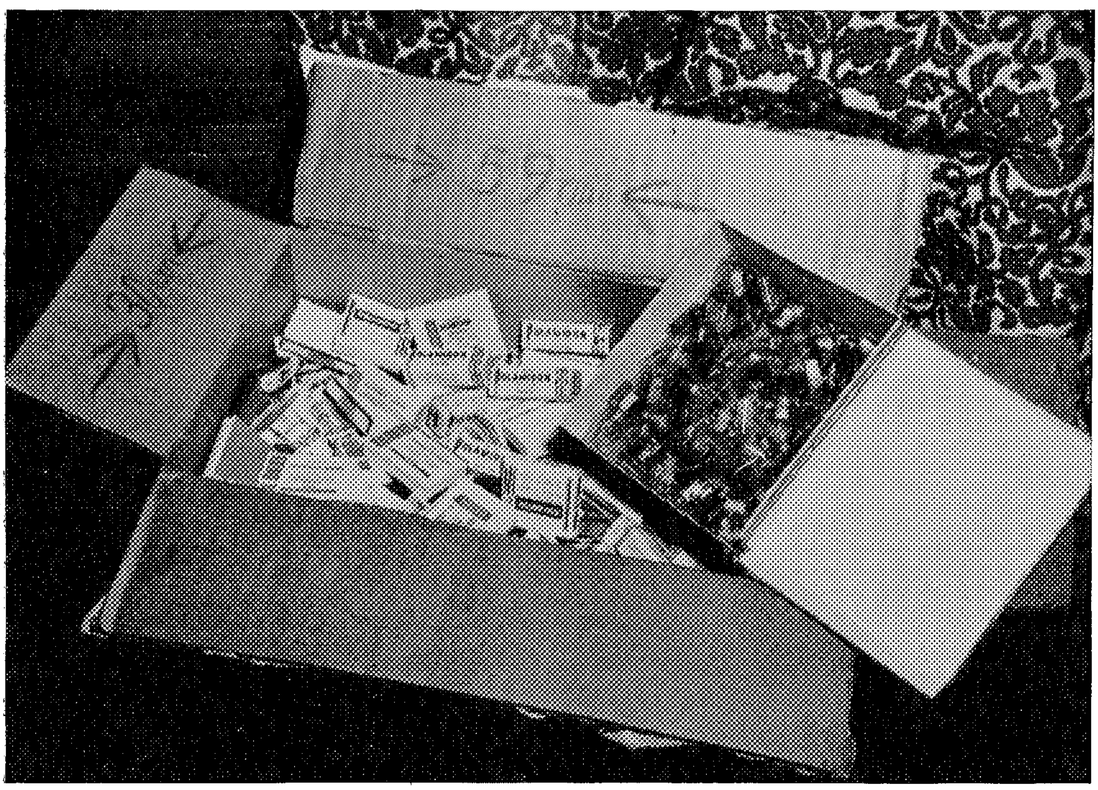
In West-Berlin wird der festgenommene Süchtige unverzüglich dem ärztlichen Sachverständigen vorgeführt, damit bereits bei der richterlichen Vorführung das ärztliche Kurzgutachten zusammen mit dem Vorführungsbericht vorgelegt werden kann. Es muß eingeräumt werden, daß die geringen räumlichen Entfernungen in West-Berlin die Arbeit der Kriminalpolizei wesentlich erleichtern. Außerhalb Berlins können in dieser Beziehung Schwierigkeiten auftreten.

Die Voraussetzungen für eine wirksame Bekämpfung der Suchtkriminalität sind zusammengefaßt folgende:

1. Das Verfahren in Rauschgiftsachen ist möglichst nach den Vorschriften der Strafprozeßordnung durchzuführen, weil in der Regel bei allen Süchtigen Straftatbestände vorliegen.
2. Die Kriminalpolizei ist kraft Gesetzes auf Grund ihrer Organisation und speziellen Ausbildung Trägerin des Ermittlungsverfahrens. Sachverständige Ärzte aus den gerichtsmedizinischen Instituten sind sofort zur Begutachtung heranzuziehen.
3. Kriminalpolizeiliche Spezialbeamte sollten auch im örtlichen Bereich eingesetzt werden, damit in der Nähe des Tatortes, des Wohnortes und der Bezugsquelle (Apotheke) des Täters gearbeitet werden kann.
4. Die Apothekenkontrolle ist unerläßliche Ermittlungsmaßnahme. Sie bedingt ein gutes Verhältnis zur Apothekerschaft.







Verbrauch eines süchtigen Arztes innerhalb von 6 Monaten. Die Beschlagnahme erfolgte in seiner Dienstwohnung in einem Kreiskrankenhaus.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Unterbringung straffälliger Rauschgiftsüchtiger nach den Erfahrungen in Niedersachsen — unter Berücksichtigung des Gesetzes über die Öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 21. März 1951

Kriminalkommissar Asbrock, Landeskriminalamt Niedersachsen

In der Kriminologie der Rauschgiftdelikte unterscheiden wir zwei Tätergruppen:

1. nichtsüchtige Täter, d. h. solche, die illegalen Handel mit Rauschgiften betreiben und
2. süchtige Täter, die bei der Befriedigung ihrer Sucht mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen.

Die folgenden Ausführungen werden sich mit der letzten Gruppe zu befassen haben. Personen, die mit Rauschgiften oder Betäubungsmitteln Mißbrauch treiben, sind — von wenigen Ausnahmefällen abgesehen — als süchtig anzusprechen.

Was bedeutet nun Sucht? Mit den Begriffsbestimmungen der Wörterbücher, wie krankhafte Gier, Hörigkeit, heftiges Verlangen usw., können wir dieses Phänomen nicht hinreichend erklären; jedenfalls nicht, wenn man es mit Rauschgiften in Beziehung bringt. Es gibt zahlreiche Definitionen, die alle voneinander abweichen. Die eine verlangt als Kriterium die Steigerung der Dosis, die andere begnügt sich mit ständigem Mißbrauch. Wichtig ist m. E. die Tatsache der inneren Abhängigkeit von diesen Mitteln, die Gier, pausenlos Rauschgifte einnehmen zu müssen. Durch diesen chronischen Mißbrauch entsteht — physiologisch gesehen — eine Gewöhnung. Diese bewirkt, daß der Körper gegen das angewendete Gift immun wird. Bei Morphiumsüchtigen wird die Morphiumspritze im Ernstfall keinen betäubenden, schmerzlindernden Effekt mehr haben. Außerdem — und dies ist viel schlimmer — ist das Gift zu einem Mittel geworden, ohne das der Körper zu arbeiten nicht mehr in der Lage ist. Der Stoffwechsel funktioniert nicht mehr.

Diese Dinge sind für das kriminalpolizeiliche Interesse nur von peripherer Bedeutung. Wichtig für uns ist die Sucht in ihrer psychischen Wertung, d. h. in der völligen inneren Abhängigkeit von einem chemischen Mittel, die eine negative Persönlichkeitsveränderung des Rauschgiftverbrauchers nach sich zieht. Diese kann sich in notorischem Lügen und schließlich in kriminellen Handlungen auswirken. Der Süchtige versucht unter allen Umständen, das von ihm begehrte Rauschgift zu erlangen. Er stiehlt, betrügt, raubt, ja er mordet um der Befriedigung seiner Sucht willen. Es ist vorgekommen, daß Frauen höherer Gesellschaftsschichten sich der heimlichen Prostitution hingaben, um sich auf diese Weise das Geld für Rauschgifte zu verschaffen.

Der straffällige Rauschgiftsüchtige ist meistens kein Verbrecher aus innerem Hang oder einer kriminogenen Veranlagung heraus, er wird durch das Gift zum Rechtsbrecher. Als Süchtiger ist er zugleich Kranker und muß auch als solcher behandelt werden. Es steht ihm meistens der § 51 StGB zur Seite, so daß er entweder nicht oder, im Falle des Vorliegens von § 51 Abs. 2 StGB, nur unerheblich bestraft werden kann. Mit der Bestrafung wird in der Regel nicht viel erreicht. Der Süchtige muß geheilt werden. Heilung kann aber nur unter strenger ärztlicher Aufsicht in einer geschlossenen Anstalt erfolgen.

Unter Unterbringung im Sinne des Gesetzes verstehen wir den zwangsweisen Aufenthalt in geschlossenen Anstalten zum Zwecke der Entziehung und Entwöhnung von Rauschgiften. Die Entziehung ist dabei das erste Stadium der Entwöhnung. Die Unterbringung kann in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Entziehungsanstalt erfolgen. Auf die Unterschiede soll später eingegangen werden.

Wir kennen zwei Arten der Unterbringung, die Unterbringung auf strafrechtlicher und verwaltungsrechtlicher Grundlage.

Unterbringung nach dem Strafrecht

Nach § 42 b StGB können sowohl völlig Unzurechnungsfähige als auch vermindert Zurechnungsfähige in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht werden. Im Falle der verminderten Zurechnungsfähigkeit erfolgt die Unterbringung neben der Strafe. Voraussetzung für die Anwendung des § 42 b StGB ist die Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung.

Gemäß § 42 c StGB können straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige, wenn sie wegen eines im Rausch begangenen Vergehens oder Verbrechens zu einer Strafe verurteilt wurden, in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden.

Aus diesen beiden Bestimmungen erklärt sich schon der Unterschied zwischen Heil- oder Pflegeanstalt und Entziehungsanstalt. Noch deutlicher wird er durch § 42 f StGB, der von der Dauer der Unterbringung spricht. Während die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt befristet ist, wird die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an keine Frist gebunden. Aus dieser Differenzierung ergibt sich, daß es sich bei den in Heil- oder Pflegeanstalten untergebrachten Personen um hochgradig Süchtige handelt.

Die Unterbringung nach den Bestimmungen des Strafrechts erfolgt durch richterliches Urteil. Für den Fall, daß der Beschuldigte schon vor der Verurteilung untergebracht werden muß, hat der Gesetzgeber im § 126 a StPO eine vorläufige Unterbringung vorgesehen. Voraussetzungen für eine vorläufige oder einstweilige Unterbringung sind:

1. Der dringende Verdacht der Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung.
2. Die berechtigte Annahme, daß das Gericht die zwangsweise Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder Entziehungsanstalt anordnen wird.
3. Das Erfordernis der öffentlichen Sicherheit.

Im letztgenannten Punkt kommt bereits der polizeirechtliche Charakter dieser Einrichtung zum Ausdruck. Damit ist aber der Übergang zu der Unterbringung verwaltungsrechtlicher Natur gegeben.

Unterbringung nach dem Verwaltungsrecht

Bezüglich der Möglichkeit einer zwangsweisen Unterbringung von Geisteskranken, Rauschgiftsüchtigen usw. war das Land Niedersachsen schon vor dem Erlaß des Gesetzes über die Öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 21. 3. 1951 (NsGuVBl. Nr. 11, S. 79 ff) — kurz SOG genannt — insofern tätig geworden, als es das Gesetz über die Anstaltsunterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker, Rauschgift- und Alkoholsüchtiger vom 23. Mai 1950 geschaffen hatte. Das SOG fußt in den Vorschriften über die zwangsweise Unterbringung im wesentlichen auf dem vorgenannten Gesetz.

Nach § 9 SOG dürfen sowohl Verwaltungs- als auch Polizeibehörden Personen in Verwahrung nehmen, wenn diese Maßnahme erforderlich ist:

1. zum Schutze ihrer eigenen Person und
2. zur Beseitigung einer bereits eingetretenen Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung oder zur Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, falls die Beseitigung der Störung oder die Abwehr der Gefahr auf andere Weise nicht möglich ist.

Die polizeiliche Inverwahrungnahme zum Schutze der eigenen Person setzt ein selbstgefährdendes Verhalten voraus. Im Gegensatz zu früheren Polizeigesetzen hat das SOG bewußt auf den Zusatz verzichtet, daß eine Person zu ihrem eigenen Schutze nur dann in Verwahrung genommen werden darf, wenn sie gemeingefährlich ist. Der Begriff der Gemeingefährlichkeit war vielfach der Grund für Auslegungsschwierigkeiten. Das Wort Gemeingefährlichkeit sollte den Betroffenen gegenüber niemals erwähnt werden. Es muß stets eine Formulierung gefunden werden, die ihn in keiner Weise erregt.

Unter »Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden Gefahr« ist auch die Verhütung einer Straftat zu verstehen. Jeder Rauschgiftsüchtige stellt sowohl unter der Einwirkung des Rauschgiftes als auch in der Abstinenz eine Gefahr im Sinne dieser Alternative dar.

Im § 10 SOG heißt es, daß unter denVoraussetzungen des § 9 Abs. 1 auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch das Amtsgericht die Unterbringung eines Geisteskranken, Rauschgift- oder Alkoholsüchtigen in einer Heil- oder Entziehungsanstalt angeordnet werden kann.

Bedauerlicherweise ist das Recht der Antragstellung nur auf die Verwaltungsbehörden beschränkt. Die Polizeibehörden sind keine Verwaltungsbehörden im Sinne des SOG und können daher keinen Antrag auf Unterbringung stellen. Sie können allenfalls nach § 9 SOG Personen in Ver-

wahrung nehmen. Die in Verwahrung genommenen Personen müssen spätestens bis zum Ende des folgenden Tages aus dem Gewahrsam entlassen werden. Hier handelt es sich um eine der vorläufigen Festnahme (§ 127 StPO) analoge Bestimmung. Die Polizei kann also nur im äußersten Falle und nur in sehr beschränktem Umfang tätig werden. Die Regelung, daß der Antrag auf Unterbringung nur von Verwaltungsbehörden gestellt werden kann, hat in der Praxis zu Schwierigkeiten, insbesondere zu Zeitverlusten, geführt. Hinsichtlich der Geisteskranken und Alkoholsüchtigen mag sie noch berechtigt und ausreichend sein, nicht aber bei Maßnahmen gegen Rauschgiftsüchtige. Hier bedarf es m. E. der Zwischenschaltung der Verwaltungsbehörde nicht; denn in der Bearbeitung von Rauschgiftdelikten ist die Kriminalpolizei federführend. Man kann zwar den Einwand erheben, daß die Kriminalpolizei im Falle des deliktischen Verhaltens eines Rauschgiftsüchtigen strafprozessuale Maßnahmen durchführen kann, aber damit sind die vorbeugenden Aufgaben der Kriminalpolizei nur unvollkommen zu lösen.

Die Organe der Polizei haben den Kontakt zu Rauschgiftsüchtigen und ihrem Milieu. Meist sind die Suchtverdächtigen der Polizei schon bekannt, wenn die Verwaltungsbehörden noch auf den Hinweis von Verwandten, Nachbarn oder Betroffenen warten müssen. Mit dem Hinweis kann die Verwaltungsbehörde aber noch nicht viel anfangen. Es müssen Ermittlungen angestellt werden. Diese Ermittlungen läßt sie grundsätzlich im Wege der Amtshilfe von der Kriminalpolizei durchführen. Da sich die im Wege der Amtshilfe durchgeführten Ermittlungen kaum von denen unterscheiden, die die Kriminalpolizei aus eigenem Recht anstellt, wäre es zu begrüßen, wenn auch die Polizeibehörden — neben den Verwaltungsbehörden — zur Stellung des Unterbringungsantrages legitimiert würden.

Die Entscheidung über die Unterbringung ist auch hier eine richterliche Aufgabe. Die Zuständigkeit liegt beim Amtsgericht, und zwar bei der Abteilung für Vormundschaftssachen. Auf das gerichtliche Verfahren finden die Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit Anwendung. Das Gericht hat dem Unterzubringenden einen Rechtsanwalt beizuordnen, der nicht an die Weisungen seines Mandanten oder dessen Angehörigen gebunden ist. Die Angehörigen müssen von der Unterbringung benachrichtigt werden.

Wer kann nun untergebracht werden, und unter welchen Voraussetzungen kann eine Unterbringung erfolgen?

Der Antrag auf Unterbringung kann sich gemäß § 10 SOG gegen Geisteskranke, Rauschgift- und Alkoholsüchtige richten. Hier soll jedoch lediglich die Unterbringung von Rauschgiftsüchtigen behandelt werden.

Wann ist eine Person als rauschgiftsüchtig zu bezeichnen? Es läßt sich nur schwer bestimmen, wo die Sucht eigentlich anfängt. In der Beurteilung der Sucht vertreten die psychiatrischen Sachverständigen nicht selten völlig entgegengesetzte Auffassungen. Über die Tatsache eines Armbruchs gibt es keine Zweifel, in der Sphäre des Geistig-Seelischen beginnt die Problematik. Konkrete Merkmale, wie Art und Dosis des Rauschgiftes, Häufigkeit der Applikation, Dauer des Mißbrauchs usw., können zwar gewertet werden, aber letztlich reagiert jeder Mensch individuell. Die körperliche Konstitution, nervliche Eigenarten, charakterologische Eigenschaften u. a. m. hemmen oder fördern die Sucht. Abgesehen von diesen anlagebedingten, haben auch umwelt- und zeitbedingte Faktoren Einfluß auf die Ausbildung einer Sucht.

Nach dem SOG sind die Voraussetzungen einer Rauschgiftsucht gegeben, wenn der Betroffene
a) durch gewohnheitsmäßigen Genuß berauschender Mittel,
b) in seelischen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verfall geraten ist.

Die 1. Zivilkammer des Landgerichts Göttingen hat in dem Beschluß vom 23. 12. 1954 — I. T. 218/54 — festgestellt, daß Süchtigkeit nicht nur bei ständigem Gebrauch narkotischer Mittel vorliegt, sondern auch dann, wenn jemand in unregelmäßigen, aber verhältnismäßig oft wiederkehrenden Konfliktsituationen zu narkotischen Mitteln greift.

Der Ausdruck »narkotische Mittel« in der zitierten Entscheidung beweist, daß in der Praxis hinsichtlich der Terminologie der »Rauschgifte« keine Übereinstimmung herrscht. Es dürfte sich deshalb empfehlen, in den kriminalpolizeilichen Ermittlungsakten und Meldungen nur von Rauschgiften oder Betäubungsmitteln im Sinne des Opiumgesetzes zu sprechen, obschon die Bezeichnung »Betäubungsmittel« nicht ganz zutreffend ist. In Deutschland fallen nämlich auch die stark wirkenden Stimulantia — zentrale Erregungsmittel — unter das Opiumgesetz.

Rauschgifte oder Betäubungsmittel im Sinne des Opiumgesetzes können sein:

Analgetica (Schmerzlinderungsmittel),
Stimulantia (Zentralerregungsmittel) und
bestimmte Narcotica.

Zu der letzten Gruppe gehört eigentlich nur das Scophedal, auch S E E genannt. Es ist ein Kombinationspräparat aus Scopolamin, Ephetonin und dem Betäubungsmittel Eukodal. Die Komposition eines Betäubungsmittels mit Scopolamin erzeugt eine narkotische Wirkung. S E E wird zur Praemedikation vor der Operation angewendet. Abgesehen von dieser Ausnahme fallen die Narcotica nicht unter das Opiumgesetz. Es ist deshalb nicht richtig, Betäubungsmittel, die in der medizinisch-pharmakologischen Nomenklatur Analgetica genannt werden, als Narcotica zu bezeichnen, weil sie in ihrer Wirkung von den Narcotica abweichen. Narcotica lähmen das Zentralnervensystem unter Überspringung der Medulla oblongata (Teil des ZNS zwischen Gehirn und Rückenmark), wodurch ein für den Operateur gewünschter Zustand erreicht wird. Analgetica dagegen lähmen das Zentralnervensystem in anatomischer Reihenfolge. Eine zur Operation geeignete Narkose läßt sich mit ihnen nicht erzielen.

Analgetica oder Betäubungsmittel sollen die Schwelle der schmerzauslösenden Reize erhöhen und den Schmerz qualitativ vermindern, und zwar bei sonst vollem oder wenigstens nahezu vollem Bewußtsein. Als Faustregel kann man sich merken, daß Narcotica das gesamte Zentralnervensystem und Analgetica einzelne Funktionen des Zentralnervensystems lähmen.

In England bezeichnet man die Narkose mit »general anaesthesie« und spricht demzufolge von Anaesthetica. Unter Narcotica versteht der Engländer Betäubungsmittel (Analgetica). Daher erklärt sich auch die Bezeichnung »Kommission für narkotische Mittel und Rauschgifte im Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen«. Die englische Terminologie dürfte exakter und damit nachahmenswert sein, insbesondere deshalb, weil auf dem Gebiet der Rauschgiftbekämpfung eine enge internationale Zusammenarbeit erforderlich und insofern eine einheitliche Nomenklatur wünschenswert ist. Ähnliche Bestrebungen sind zur Schaffung eines internationalen Arzneibuches im Gange.

Die Bezeichnung Opiumgesetz ist ebenfalls ungenau, weil sich das Opiumgesetz nicht nur auf Opium und Opiate, sondern auch auf Kokain, Haschisch und Weckamine erstreckt. Da die Bezeichnung »Betäubungsmittelgesetz« — wie bereits erwähnt — auch nicht ganz richtig ist, sollte man im Sprachgebrauch dem Ausdruck »Rauschgiftgesetz« den Vorzug geben.

Nach dieser kurzen terminologischen Abschweifung wollen wir jedoch festhalten, daß der Göttinger Gerichtsbeschluß im Ergebnis zu begrüßen ist, weil er eine gewisse Unsicherheit in der Auslegung beseitigt hat.

Welche Bedeutung haben nun die »berauschenden Mittel« für die Rauschgiftgesetzgebung?

Beim Ausdruck Rauschgift ist man geneigt, an Superlative wie Heroin, Kokain, Morphin, Haschisch usw. zu denken, die wir gelegentlich als sogenannte »klassische Rauschgifte« zu bezeichnen pflegen. Abgesehen von dieser speziellen Bezeichnung versteht man unter »Rauschgift« zwar alle berauschenden Mittel, doch hat es sich eingebürgert, nur solche Mittel als »Rauschgift« zu bezeichnen, die dem Rauschgiftgesetz unterliegen. Rauschgift kann eine Droge sein, d. h. ein meist pflanzliches, selten auch tierisches Produkt oder eine chemische Verbindung, die das Zentralnervensystem des Menschen dergestalt zu beeinflussen vermag, daß eine vom Willen des Menschen unabhängige akute Veränderung und im Wiederholungsfalle chronische Schäden körperlicher, geistiger und seelischer Art eintreten können.

Berauschende Mittel, deren Mißbrauch nach dem SOG zur Unterbringung führen kann, sind also nicht auf die in dem Rauschgiftgesetz aufgeführten beschränkt. Jedes rauscherzeugende Mittel — man kann sie nach Reko auch »magische Gifte« oder »Phantastica« nennen — kann Ursache für eine Unterbringung sein. Es bedarf keiner näheren Begründung, daß auch sedativ wirkende Mittel (Beruhigungsmittel) und Schlafmittel hierher gehören. Neuerdings haben sich unter den Neuroplegica einige Mittel als suchterzeugend herausgebildet, so z. B. das Megaphen. Selbst von einigen Antihistaminen — insbesondere vom Atosil — sind suchtbildende Eigenschaften bekannt geworden. Sie liegen auf zentraldämpfender Grundlage. So ist es z. B. sehr gefährlich, einem Kraftfahrer Atosil zu verordnen. Die Einnahme von Atosil oder einem ähnlichen Antihistaminicum kann sich in bezug auf die Verkehrssicherheit schlimmer auswirken als der Genuß von Alkohol. Ein echtes, allerdings in Deutschland weniger bekanntes Rauschgift ist das Meskalin, ein Alkaloid aus dem Peyote-Kaktus. Man spricht vielfach auch von Peyotl-Kaktus. Der Unterschied besteht nur darin, daß im Ausdruck »Peyotl« bereits der Artikel enthalten ist (aztekisch — ähnlich wie im Latein).

Meskalin wird vom Rauschgiftgesetz nicht erfaßt. Das ist eine Lücke in der Rauschgiftgesetzgebung. Meskalinsüchtige sind nämlich nicht auf den Import — der Peyote-Kaktus wächst vor allem

in Mittelamerika — angewiesen. Meskalin läßt sich sehr leicht synthetisieren. Meskalin erzeugt einen Farbrausch, visuelle Eindrücke stehen im Vordergrund. Was uns besonders interessiert, ist die Verschiebung der Dimensionen, der die Meskalinberauschten unterliegen. Das Gefühl für Raum und Zeit geht verloren. Es leuchtet daher ein, daß meskalinberauschte Kraftfahrer oder überhaupt jeder unter der Meskalinwirkung stehende Verkehrsteilnehmer eine erhebliche Gefahr für die Verkehrssicherheit darstellt.

Mit diesem Beispiel sollte gezeigt werden, daß die Wirkung der Rauschgifte nicht immer die gleiche ist. Es gibt Rauschgifte, die Dämmerzustände erzeugen, solche, die dem Berauschten oder Süchtigen falsche Sinneswahrnehmungen vermitteln oder völlige Enthemmung in sexueller Hinsicht auslösen, Neigung zu Gewalttätigkeiten begünstigen und schließlich solche, die eine motorische Übererregung, verbunden mit Gedankenflucht und Zitterigkeit erzeugen.

Die Rauschgiftsucht kann sich in Verfolgungs- oder Wahnideen bzw. Stimmungslabilität äußern, aus der bei kleinen Anlässen maßlose Steigerung in Wut oder Verzweiflung entstehen kann oder auch Verwirrtheitszustände, in denen die Wahrnehmung und Beurteilung von Umweltverhältnissen gestört sind. Dieser Zustand muß chronisch sein, ein akuter Rausch genügt nicht. Er reicht allenfalls für die polizeiliche Inverwahrungnahme aus, bei der die Person spätestens bis zum Ende des nächsten Tages aus dem Gewahrsam entlassen werden muß.

Für die Frage der Unterbringung ist es nicht entscheidend, welche Rausch- oder Suchtwirkung eingetreten ist; es genügt, daß die Wirkung eine Sucht darstellt. Der Süchtige muß die Gewalt über sich verloren haben und sich aus eigener Kraft von der Sucht nicht mehr befreien können. Sein eigener Wille zur Entziehung ist nicht maßgebend. Es ist auch nicht entscheidend, ob die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung durch den Mißbrauch oder durch die Abstinenz hervorgerufen worden ist.

Neben der Suchtwirkung muß bei dem Unterzubringenden ein seelischer, gesundheitlicher und wirtschaftlicher Verfall vorliegen.

Der seelische und gesundheitliche Verfall geht bei vielen Toxikomanen mit der Sucht einher. Aber auch der wirtschaftliche Verfall läßt nicht lange auf sich warten. In der Praxis erlebt man immer wieder süchtige Ärzte, die früher tüchtig waren, viele Patienten hatten und durch die »gelobten Mittel« — wie Paracelsus sie nannte — völlig verarmten.

Unter »wirtschaftlichem Verfall« ist noch nicht der totale Zusammenbruch zu verstehen; es müssen lediglich Tatsachen vorliegen, die den Eintritt des wirtschaftlichen Verfalls als unabwendbar erscheinen lassen. Es ist allgemein bekannt, wie teuer Arzneimittel sind, selbst wenn man sie über den Arzt und durch die Apotheke bezieht. Wer sich aber seine Drogen über den illegalen Handel, d. h. über den Rauschgifthändler, beschaffen muß, steht über kurz oder lang vor dem wirtschaftlichen Ruin.

Die im einzelnen geschilderten Voraussetzungen müssen vom Gericht überprüft werden. Da es sich hauptsächlich um von wissenschaftlich gebildeten Fachkundigen zu beurteilende Fragen handelt, bedient sich das Gericht medizinischer Sachverständiger.

Nach § 10 Abs. 2 SOG ist dem Antrag der Verwaltungsbehörde ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes beizufügen. In unaufschiebbaren Fällen kann ein Gutachten zweier in Deutschland approbierter Ärzte beigebracht werden. Ist auch die Erstattung eines solchen Gutachtens zeitlich nicht möglich, so kann das Gericht das Fortbestehen der Verwahrung für weitere 3 Tage anordnen.

Falls die Unterbringung nicht auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens angeordnet wird, hat das Gericht zusätzlich und unverzüglich ein Gutachten der Unterbringungsanstalt einzufordern und seine Entscheidung zu überprüfen.

Im SOG ist auch eine sogenannte vorläufige oder einstweilige Unterbringung vorgesehen, die sich mit der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126 a StPO vergleichen läßt. Allerdings ist die Dauer der vorläufigen Unterbringung nach dem SOG auf sechs Wochen beschränkt. Von dieser vorläufigen Unterbringung machen die Gerichte oft Gebrauch. Sie geht in der Regel der eigentlichen Unterbringung voraus. Die Sechs-Wochen-Frist dient der Beobachtung. In dieser Zeit hat der Anstaltsarzt ein Gutachten über das Vorliegen und den Grad der Rauschgiftsucht, also über den geistigen Zustand des Untergebrachten, zu erstatten. Dieses Gutachten bildet die Grundlage für die Entscheidung über das weitere Verbleiben oder die Entlassung des Betroffenen.

Die Zeit von sechs Wochen reicht meistens zur Beurteilung des Rauschgiftsuchtverdächtigen aus. Sie wird von Anstaltsärzten nur dann als nicht ausreichend bezeichnet, wenn der Süchtige schon vor der Unterbringung von sich aus mit der Entziehung begonnen hatte, so daß die Entziehungssymptome bereits abgeklungen waren.

Nach dem Urteil von Anstaltsleitern bzw. Anstaltsärzten neigen Richter mitunter zu der Ansicht, daß Rauschgiftsüchtige keine Geisteskranken seien. In einem Falle gab eine Richterin dem Leiter eines Landeskrankenhauses — das ist in Niedersachsen die Bezeichnung für eine Heil- oder Pflegeanstalt — ihrem Entsetzen darüber Ausdruck, daß »der arme Mann, der wegen seiner Schmerzen an ein Opiat gewöhnt sei, mit Geisteskranken zusammenleben müsse«. Ob hier das Gefühl weiblichen Mitleids die tragende Rolle gespielt hat oder ob diese Meinung von mehreren Richtern geteilt wird, mag dahingestellt bleiben. Gegen diese Auffassung ist jedenfalls zu sagen, daß es sich bei Rauschgiftsüchtigen um echte Geisteskranke handelt. Die in diesem Punkt irrige Auffassung einiger Richter und sehr vieler Rechtsanwälte mag vor allen Dingen auch deswegen aufgetreten sein, weil es die Rauschgiftsüchtigen besser als alle anderen verstehen, Mitleid zu erregen und ihre Sucht zu bagatellisieren. Wenn man Rauschgiftsüchtige in der Phase der Euphorie erlebt, so kann man allen Ernstes daran zweifeln, ob man es mit geistesgestörten Menschen zu tun hat. In dieser Verfassung erleben aber die Richter meistens die Rauschgiftsüchtigen. Ganz anders verhalten sich die Süchtigen unter den Abstinenzerscheinungen. Wirres Reden, Zornesausbrüche und Gewaltanwendung gegen Ärzte und Pfleger, auch affektbedingte Selbstmordversuche sind keine Seltenheit. Später wissen sie sich an nichts oder an keine Einzelheiten mehr zu erinnern. Es wäre zu empfehlen, daß alle Richter und Beamten, die mit Rauschgiftsüchtigen in Berührung kommen oder über sie zu entscheiden haben, einmal eine Heil-, Pflege- oder Entziehungsanstalt, in der Rauschgiftsüchtige untergebracht sind, besichtigen oder von Zeit zu Zeit dem Verhör eines untergebrachten Rauschgiftsüchtigen beiwohnen würden.

Vielfach kann man erleben, daß Rauschgiftsüchtige, die sich bei ihrer Inverwahrungnahme wie toll gebärdeten, sich nach erfolgter Entziehungskur für das Einschreiten der Kriminalpolizei dankbar zeigten und wirklich froh sind, mit Gewalt von ihrem Laster befreit worden zu sein. Leider wurden die meisten dieser »Geheilten« schon nach kurzer Zeit wieder rückfällig. Diese schnelle Rückfälligkeit dürfte nicht zuletzt auf die z. T. zu kurze Unterbringungsdauer zurückzuführen sein. Nach Ansicht führender Psychiater bedarf es einer Zeit von mindestens einem Jahr, ehe der Entwöhnte mit einiger Aussicht auf Erfolg aus der Anstalt entlassen werden kann. In schweren Fällen, namentlich bei solchen Süchtigen, die schon des öfteren untergebracht waren, reicht auch diese Zeit nicht aus. Einige Richter neigen aus Mitleid und auch aus mangelnder Sachkenntnis dazu, Rauschgiftsüchtige möglichst frühzeitig wieder zu entlassen. Den Betroffenen ist mit diesem Entgegenkommen in keiner Weise gedient. In ihrem eigenen Interesse sollte man — es handelt sich ja um labile Menschen — strenger mit ihnen verfahren. Als Süchtige sind sie sich selbst, ihren Angehörigen und der menschlichen Gesellschaft eine Last.

Die Bestimmungen über die Entlassung von untergebrachten Rauschgiftsüchtigen sind im § 11 SOG niedergelegt, wonach das Gericht die Entlassung anzuordnen hat, wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr vorliegen.

Wir haben — genau wie bei der Unterbringung im Rahmen des Strafrechts — zwei Anstaltsarten zu unterscheiden:

die Entziehungsanstalt und
die Heilanstalt.

Diese Unterscheidung ist besonders für die Frage der Unterbringungsfrist von großer Bedeutung. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf die Dauer von zwei Jahren nicht überschreiten; die in einer Heilanstalt ist zwar nicht befristet, doch müssen die Voraussetzungen für eine weitere Unterbringung spätestens vor Ablauf von zwei Jahren überprüft werden. Auf Antrag der Verwaltungsbehörde, des Anstaltsarztes oder des gesetzlichen Vertreters und, wenn ein begründeter Anlaß gegeben ist, hat das Gericht auch vor Ablauf der Zweijahresfrist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für das Verbleiben des Untergebrachten in der Anstalt noch bestehen. Die Beurteilung dieser Frage hat im Rahmen des im Polizeirecht verankerten Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu erfolgen. Hierbei darf allerdings nicht außer acht gelassen werden, daß auch der Zweck der Unterbringung erreicht werden muß.

Lehnt das Gericht die Entlassung ab, so beginnt bei einer Unterbringung in einer Heilanstalt die Frist von neuem. Bei einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt muß die Entlassung nach spätestens zwei Jahren erfolgen.

Zwischen dem strafrechtlichen und dem verwaltungsrechtlichen Unterbringungsverfahren bestehen im Hinblick auf die Dauer der Unterbringung nur geringe Unterschiede. Ein Unterschied zwischen Heilanstalt und Entziehungsanstalt ist eigentlich nur in rechtlicher Hinsicht vorhanden, und zwar vor allem hinsichtlich der Dauer der Unterbringung. Der Vollzug der beiden Arten der Unterbringung erfolgt in der gleichen Anstalt. In Niedersachsen sind hierfür die Landeskrankenhäuser zuständig.

Die Ausführung der vom Gericht angeordneten Maßnahmen ist Sache der Verwaltungsbehörde. Die Entscheidung darüber, in welchem Landeskrankenhaus der Rauschgiftsüchtige untergebracht wird, obliegt ebenfalls der Verwaltungsbehörde.

Es ist bereits erwähnt worden, daß die Vorschaltung der Verwaltungsbehörde zu Schwierigkeiten geführt hat. Das gilt auch für die Ausführung der vom Gericht angeordneten Maßnahmen, da der Transport eines Rauschgiftsüchtigen unter Umständen sehr unangenehme Begleiterscheinungen mit sich bringen kann. Es kann — die Praxis hat es zur Genüge gelehrt — zu Widerstand, zu Tätlichkeiten kommen. Auch verfügen die Verwaltungsbehörden nicht über geeignete Fahrzeuge. Hinzu kommt, daß die Maßnahmen häufig außerhalb der normalen Dienstzeit ergriffen werden müssen, was für die Polizeibehörden kein Problem ist. Noch deutlicher wird die Berechtigung der Forderung nach Gleichschaltung der Polizeibehörden in dem bereits behandelten Zusammenhang durch die nun folgende Besprechung der praktischen Erfahrungen auf dem Gebiete der Unterbringung von Rauschgiftsüchtigen nach dem SOG-Verfahren.

Die Bezeichnung strafrechtliche Unterbringung weist schon darauf hin, daß der Unterzubringende eine mit Strafe bedrohte Handlung begangen haben muß. Daraus ist zu folgern, daß straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige nach den Möglichkeiten, die das Straf- und Strafprozeßrecht zuläßt, unterzubringen sind. Alle anderen Rauschgiftsüchtigen, die nicht kriminell in Erscheinung getreten sind, sollten auf verwaltungsrechtlichem Wege untergebracht werden. Das ist grundsätzlich richtig; aber abgesehen davon, daß bei der Beschaffung von Rauschgiften und Betäubungsmitteln die Grenze des Erlaubten schwer zu ziehen und im Einzelfalle sehr unterschiedlich ist — es sei nur an das »Erschleichen« von Rauschgiften und Betäubungsmitteln und die Würdigung dieses Tatbestandes durch die Gerichte gedacht —, kommt es der Kriminalpolizei darauf an, die Rauschgiftsüchtigen überhaupt unterzubringen. Die Art des Verfahrens ist dabei von sekundärer Bedeutung.

In Niedersachsen wird, seitdem wir die Möglichkeit der polizeirechtlichen Unterbringung haben, keine strenge Trennung hinsichtlich der beiden Unterbringungsverfahren vorgenommen. Entscheidend sind die örtlichen Verhältnisse. Nicht selten kommt es vor, daß straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige nach dem SOG-Verfahren untergebracht werden. Vielfach wird darauf Rücksicht genommen, daß der Betroffene lieber einem Zivilrichter vorgeführt werden möchte. In diesem Falle wird das Strafverfahren nach der Unterbringung von der Staatsanwaltschaft meistens eingestellt. Mitunter ist es auch leichter, eine Unterbringung nach dem SOG zu erwirken. Der Zivilrichter ist, namentlich wenn der Unterzubringende sich bereits strafbar gemacht hat, eher geneigt, die Unterbringung anzuordnen. Der Strafrichter, der mehr die begangenen Straftaten als die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung zur Grundlage seiner Beurteilung macht, läßt sich nur schwer von der Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung überzeugen. Er vergleicht die Unterbringung zu sehr mit dem Haftbefehl, der bei Straftaten, die von Rauschgiftsüchtigen normalerweise begangen werden, in der Regel nicht erlassen wird. Es ist auch vorgekommen, daß Strafrichter die Unterbringung nach dem SOG-Verfahren von sich aus angeregt haben. Manchmal gelingt es, Rauschgiftsüchtige, deren vorläufige Unterbringung nach § 126a StPO vom Amtsgericht — Abteilung für Strafsachen — abgelehnt worden war, mit Erfolg dem Zivilrichter zwecks Unterbringung nach dem SOG-Verfahren vorzuführen.

An diesen wenigen Beispielen ist zu erkennen, mit welchen Schwierigkeiten der Rauschgift-Sachbearbeiter der Kriminalpolizei zu kämpfen hat und daß die Initiative letztlich doch bei ihm, d. h. bei der Kriminalpolizei, liegt. Nachdem er alles vorbereitet hat, hat er lediglich die Verwaltungsbehörde, die bis dahin noch keine Kenntnis von der Angelegenheit hatte, zu bitten, den vorgeschriebenen Unterbringungsantrag zu stellen und den Amtsarzt zur Erstattung eines Gutachtens zu ersuchen. Bei der in Niedersachsen üblichen guten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern und der Kriminalpolizei wird der Amtsarzt das Gutachten bereits erstellt haben,

so daß das Ersuchen der Verwaltungsbehörde — mit der im übrigen die Zusammenarbeit auch gut ist — nur noch ein Formalakt ist.

Aus dem bisher Gesagten ist zu erkennen, daß man der Unterbringung auf polizeirechtlichem Wege den Vorzug geben sollte. Ein Nachteil besteht jedoch darin, daß bei der Unterbringung auf Grund des SOG zur Zeit der Vorführung des Unterzubringenden ein Gutachten des Amtsarztes oder zweier approbierter Ärzte vorliegen muß. Auf die Ausnahmen soll hier nicht mehr eingegangen werden.

Die Beschaffung des Gutachtens — auch wenn es sich nur um ein vorläufiges handelt — nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. Der Amtsarzt muß den Rauschgiftsüchtigen untersuchen und das Material, z. B. Betäubungsmittelrezepte usw., das ihm von der Kriminalpolizei vorgelegt wird, prüfen.

Bei der vorläufigen Unterbringung nach § 126a StPO bedarf es keines amtsärztlichen Gutachtens; dieses Verfahren ist einfacher.

Vom statistischen Standpunkt aus ist es zweckmäßiger, wenn die Unterbringung, soweit es sich um straffällige Süchtige handelt, auf strafprozessualem bzw. strafrechtlichem Wege erfolgt. Die vom Landeskriminalamt Niedersachsen an das Bundeskriminalamt gemeldete verhältnismäßig geringe Zahl von Unterbringungen nach den §§ 42b und c StGB ist auf diese Zweispurigkeit des Verfahrens zurückzuführen. Das Landeskriminalamt ist deshalb dazu übergegangen, diese Unterbringungen mit den strafrechtlichen Unterbringungen gleichzuschalten, soweit es für statistische Zwecke notwendig erscheint.

Aus der folgenden statistischen Aufgliederung, die sich auf die Unterbringung von Rauschgiftsüchtigen im Lande Niedersachsen von 1947 bis 1955 bezieht, ergibt sich, in welch hohem Maße von der Unterbringung im Verwaltungsverfahren Gebrauch gemacht worden ist.

In dieser Statistik sind sowohl vorläufige als auch endgültige Unterbringungen enthalten. Auf eine nähere Abgrenzung dieser beiden Arten von Unterbringung gegeneinander ist bewußt verzichtet worden, weil hier nur herausgestellt werden sollte, wie das Verhältnis zwischen strafrechtlichen und polizeirechtlichen Unterbringungen liegt. Bei den Unterbringungen handelt es sich ausnahmslos um solche, die gegen straffällig gewordene Rauschgiftsüchtige durchgeführt worden sind.

Und nun zu der Statistik selbst:

Unterbringungen	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955 bis 1. 11.
Strafrechtliche	19	17	28	26	17	11	12	19	4
Polizeirechtliche	—	—	—	10	19	10	17	27	5
Gesamt	19	17	28	36	36	21	29	46	9

Aus diesen Zahlen ist zu ersehen, daß die Unterbringungen schon im Jahre des Inkrafttretens des Gesetzes über die Anstaltsunterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker, Rauschgift- und Alkoholsüchtiger (1950) anstiegen. Diese Tatsache ist ein Beweis dafür, daß die polizeirechtliche Unterbringung den Rahmen der Möglichkeiten erweitert hat. Wenn wir die Zahlen der strafrechtlichen Unterbringungen im Jahre 1949/50 (28 : 26) vergleichen und gleichzeitig feststellen, daß im Jahre 1950 erstmalig zehn polizeirechtliche Unterbringungen erfolgten, so dürfen wir vermuten, daß diese zehn Unterbringungen zusätzlich erreicht werden konnten. Ähnlich verhält es sich im Jahre 1951. Auch hier bleibt die absolute Zahl (36) konstant, während sich der Anteil der polizeirechtlichen Unterbringungen wesentlich erhöht hat (17 : 19). Die Gesamtzahl aller Untersuchungen bleibt auch in den nächsten Jahren relativ hoch. Die Form der polizeirechtlichen Unterbringung kam dabei häufiger als die strafrechtliche Form zur Anwendung — mit einer Ausnahme im Jahre 1952. In diesem Jahr fiel allerdings auch die absolute Zahl der Unterbringungen. Wahrscheinlich ist diese Tatsache darauf zurückzuführen, daß viele Rauschgiftsüchtige damals auf die seinerzeit noch nicht dem Rauschgiftgesetz unterstellten Analgetica Polamidon, Cliradon, Dromoran ausgewichen waren. Die Überwachung gestaltete sich in bezug auf diese Ausweichmittel außerordentlich schwierig. Schon im folgenden Jahre (1953) — am 1. 7. 1953 wurden die eben erwähnten Ausweichmittel dem Rauschgiftgesetz unterstellt — erhöhte sich die absolute Zahl der Unterbringungen, um im Jahre 1954 die bisher höchste Anzahl von Unterbringungen (46) zu erreichen. Die hohe Zahl des Jahres 1954 dürfte darauf beruhen, daß die bis dahin latent gebliebenen Fälle von Polamidon-, Cliradon- und Dromoran-Sucht ermittelt werden konnten. Im Jahre 1954 war die Zahl der polizeirechtlichen Unterbringungen um etwa 50 % höher als die der strafrechtlichen.

Die äußerst niedrigen Zahlen des Jahres 1955 geben Anlaß zum Nachdenken. M. E. ist der Rückgang auf die veränderte Rechtslage zurückzuführen. Am 23. 3. 1954 wurde die Militär-Regierungs-Anordnung Nr. 95, die in Niedersachsen die Grundlage für kriminalpolizeiliche Sichtungen der Betäubungsmittelbücher in den Apotheken war, aufgehoben. Dadurch war es nicht mehr möglich, die vorbeugende Bekämpfung der Rauschgift-Kriminalität und damit der Rauschgiftsucht in größerem Maße durchzuführen. Nunmehr ist die Kriminalpolizei auf Hinweise von Ärzten und Apothekern, auf Strafanzeigen sowie auf Meldungen der Gesundheitsbehörden angewiesen. Derartige Meldungen erfolgen aber in den seltensten Fällen. Medizinalpersonen sehen Rauschgiftsüchtige und deren strafrechtliche Verfehlungen hauptsächlich unter einem pathologischen Aspekt, an die Verfolgung eines kriminellen Verhaltens denken sie weniger. Es wäre zu begrüßen, wenn auch diese Gesichtspunkte bei der Neubearbeitung des nicht mehr zeitgerechten Rauschgiftgesetzes Berücksichtigung finden würden.

Zu Vergleichszwecken wird nachstehend die Aufstellung eines Niedersächsischen Landeskrankenhauses über untergebrachte Rauschgiftsüchtige mitgeteilt, die Herr Dr. Cieslak vom Landeskrankenhaus Osnabrück ausgearbeitet und zur Verfügung gestellt hat. Die Aufstellung erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. 7. 1953 bis 14. 11. 1955. Aus ihr ist auch die Dauer der Unterbringung und das mißbrauchte Mittel ersichtlich.

Lfd. Nr.	eingewiesen nach	mißbrauchte Mittel	Dauer des Aufenthalts
1	SOG	Polamidon und Morphin	1 Jahr
2	§ 42b	Polamidon	1 Jahr
3	§ 42b	Polamidon	11 Monate
4	§ 42c	Polamidon und Ticarda	1½ Jahre
5	SOG	Acedicon	10 Monate
6	SOG	Polamidon	8 Monate
7	§ 42b	Eukodal	1 Jahr
8	§ 42b	Eukodal, Codein	1 Jahr
9	SOG	Paracodin, Acedicon, Opiumtinct.	
	nachher § 42b		1 Jahr
10	§ 126a	Pervitin	3 Monate
11	§ 126a	Scophedal	3 Monate
12	§ 42c	Morphin, Eukodal, Dolantin, Acedicon, Polamidon, Opiumtinct., Ticarda	2 Jahre
13	§ 42b	Polamidon	1 Jahr
14	SOG	Dolantin	14 Tage (verlegt in Privatanstalt)
15	SOG	Phanodorm, Codein	z. Z. noch hier
16	SOG	Acedicon	3 Monate (verlegt)
17	§ 42b	Polamidon, Cliradon	1 Jahr
18	SOG	Dromoran	16 Tage
19	SOG	Polamidon	10 Tage
20	SOG	fraglich	6 Wochen
21	§ 81 StPO	fraglich	6 Wochen

Bei Nr. 15, 17 und 20 handelt es sich um Frauen.

Bei Nr. 20 und 21 ließ sich der auswärts geäußerte Verdacht nicht bestätigen. Bei Nr. 10 konnte ein Zusammenhang zwischen Straftat und Sucht nicht angenommen werden, weshalb die Einweisung nach § 126a StPO aufgehoben wurde. Die ärztlicherseits vorgeschlagene gleichzeitige Unterbringung gemäß SOG wurde nicht durchgeführt. Interessant sind die gerichtlichen Entscheidungen zu Nr. 18 und 19. In beiden Fällen mußten die Süchtigen nach wenigen Tagen auf Gerichtsbeschluß wieder entlassen werden. Das Gericht stellte sich bei beiden Patienten auf den Standpunkt, daß sie lediglich ärztlich verordnete Btm gebraucht haben und anzunehmen sei, daß sie, wenn sie in Zukunft keine Suchtmittel mehr verschrieben erhielten, den Mißbrauch einstellten.

Auch bei dieser Statistik fällt auf, daß relativ viele Unterbringungen nach dem SOG-Verfahren erfolgten. Das ist für den Raum Osnabrück bemerkenswert, weil dort im allgemeinen das strafrechtliche Unterbringungsverfahren vorgezogen wird.

Abschließend soll noch kurz der Gang eines Unterbringungsverfahrens nach dem SOG dargestellt werden.

Sobald der Kriminalpolizei das Auftreten eines rauschgiftsüchtigen Rechtsbrechers bekannt wird, werden zunächst die allgemeinen Ermittlungen aufgenommen, d. h. es wird versucht, die Beweise für den strafbaren Sachverhalt und das Vorliegen einer Rauschgiftsucht zu beschaffen. Hierzu gehören die Sichtung der Betäubungsmittel-Bücher in den Apotheken, die Heranziehung der Betäubungsmittel-Rezepte, die Befragung der Ärzte sowie die speziellen, im Einzelfall erforderlichen Erhebungen. Bestätigt sich bei einer bestimmten Person der Verdacht einer Rauschgiftsucht und werden strafbare Handlungen festgestellt, so erhebt sich die Frage der Unterbringung. Erscheint eine sofortige Unterbringung — ihre Voraussetzungen sind bereits besprochen — erforderlich, dann muß die nächste Frage, nämlich die nach der Art der in diesem Falle angezeigten Form der Unterbringung, geklärt werden. Für den Fall, daß sich der Sachbearbeiter für eine Unterbringung nach dem SOG entscheidet, wird er sich mit dem Ordnungsamt — Amt für Öffentliche Sicherheit und Ordnung — in Verbindung setzen. Meistens überläßt das Ordnungsamt der Kriminalpolizei die weiteren Maßnahmen, also die Veranlassung des amtsärztlichen Gutachtens, sowie nach Erstattung eines entsprechenden Gutachtens die richterliche Vorführung. Inzwischen hat das Ordnungsamt den Antrag auf Unterbringung formuliert und ihn entweder dem Sachbearbeiter der Kriminalpolizei übergeben oder ihn bereits dem zuständigen Amtsgericht zugestellt. Nach erfolgtem Unterbringungsbeschluß wird der Rauschgiftsüchtige sofort dem mit dem Ordnungsamt vereinbarten Landeskrankenhaus (Heil- oder Pflegeanstalt) zugeführt, damit die ärztliche Betreuung ohne Verzögerung eingeleitet werden kann.

Auch der Kriminalbeamte muß bedenken, daß Rauschgiftsüchtige kranke Menschen sind, die durch den plötzlichen Entzug des gewohnten Pharmakons unter Umständen in Lebensgefahr geraten können. Deshalb müssen diese, auch wenn es sich nur um Suchtverdächtige handelt, schnellstens dem Amtsarzt vorgeführt werden. Soll eine Begutachtung nicht oder noch nicht erfolgen, weil z. B. der Beschuldigte gemäß § 126a StPO vorläufig untergebracht werden soll, so ist es in jedem Falle geboten, den Rauschgiftsüchtigen einem Arzt — Amtsarzt oder Polizeiarzt — vorzustellen und sich Verhaltensmaßregeln geben zu lassen. Man sollte sich auch nicht scheuen, einen frei praktizierenden Arzt zu konsultieren, wenn beamtete oder vertraglich gebundene Ärzte nicht erreichbar sind. Es darf auf keinen Fall vorkommen, daß der Betroffene durch das polizeiliche Einschreiten einen gesundheitlichen Nachteil erleidet.

Rauschgiftstrafrecht

Regierungs- und Kriminalrat Dr. Stangl, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Das Problem der Bekämpfung des Mißbrauchs von Betäubungsmitteln ist nach dem Kriege zu einem ernsten Anliegen von großer Tragweite geworden, das die breiteste Öffentlichkeit berührt. Durch die chaotischen Zustände während des Zusammenbruchs und der Zeit danach sind große Vorräte an Betäubungsmitteln aus Beständen der Wehrmacht in unkontrollierbare Kanäle geflossen, aus denen der illegale Handel weitgehend gespeist wurde. Zahlreiche weitere Ursachen, besonders auch die Entwicklung neuer, in ihren Auswirkungen bezüglich einer Suchtgefahr noch unbekannter Präparate durch die pharmazeutische Industrie, haben die Zunahme der Rauschgiftsucht während der letzten zehn Jahre begünstigt.

Die Einhaltung der zum Schutz der Allgemeinheit gegen die Gefahren des Rauschgiftes erlassenen Bestimmungen gewinnen durch diese Lage erhöhte Bedeutung und damit naturgemäß auch die Strafbestimmungen bei Verstößen gegen diese gesetzlichen Bestimmungen.

Natürlich wissen wir alle, daß Strafen niemals der Weisheit letzter Schluß sein können und sollen, sondern als Reaktion der Gemeinschaft nur ein letztes Mittel darstellen. Man darf sie aber in ihrer abschreckenden Bedeutung gerade auf diesem Gebiete, auf dem der einzelne Rechtsbrecher die schrecklichen Folgen seines Handelns in ihrer furchtbaren Auswirkung nicht unmittelbar zu erkennen vermag, nicht unterschätzen.

Zunächst sollen die Bestimmungen des Opiumgesetzes, soweit sie strafrechtlichen Gehalt haben, besprochen werden. Als zweiter großer Komplex wären die Straftaten, die in einem engen Zusammenhang mit Rauschgiftmißbrauch stehen, und ihr Verhältnis zum Opiumgesetz zu erörtern; weiter die wichtigsten Gedanken zu den Grundsätzen des § 51 StGB, der sogenannten actio libera in causa und des § 330a StGB. Abschließend sind dann noch einige Einzelbestimmungen aus dem Strafgesetzbuch zu erläutern, die in den beiden bereits erwähnten Gruppen nicht behandelt werden konnten.

Die Darstellung der materiellrechtlichen und verfahrensrechtlichen Grundlagen der Einweisung (§§ 42b und 42c StGB) und der einstweiligen Unterbringung (§ 126a StPO) ist anderen Referenten vorbehalten, so daß sie im Rahmen dieser Abhandlung nur kurz erwähnt zu werden brauchen.

I.

Die grundlegenden strafrechtlichen Bestimmungen sind im Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10.12.1929 in der Fassung der Gesetze vom 22.5.1933 und vom 9.1.1934 sowie der Verordnung vom 12.6.1941 enthalten.

In § 10 dieses Gesetzes finden wir die Strafbestimmungen, nach denen der Täter mit Gefängnis bis zu 3 Jahren und (nicht oder) mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft wird, der einen der im § 10 Ziffern 1 bis 9 genannten Tatbestände verwirklicht.

Entsprechend der Strafandrohung — Gefängnis bis zu 3 Jahren und mit Geldstrafe — handelt es sich um Vergehen. Die Höhe der Geldstrafe ist im Gesetz nicht benannt. § 27 StGB bestimmt für diesen Fall einen Mindest- und einen Höchstbetrag, nämlich mindestens 5,— DM, höchstens 10000,— DM als Regelfall. Beruht ein Vergehen oder Verbrechen auf Gewinnsucht, wie es bei Rauschgiftdelikten häufig der Fall ist, so kann nach § 27a StGB die Geldstrafe bis auf 100000,— DM erhöht werden.

Bei der Bemessung der Geldstrafe sind die wirtschaftlichen Verhältnisse des Täters zu berücksichtigen. Die Geldstrafe soll das Entgelt bzw. den Gewinn, den der Täter aus der Tat gezogen hat, übersteigen. Im § 27c StGB heißt es: »Reicht das gesetzliche Höchstmaß hierzu nicht aus, so darf es überschritten werden.« In diesem Zusammenhang ist noch auf die Möglichkeit des § 29 StGB hinzuweisen, wonach eine nicht beizutreibende Geldstrafe in Gefängnis bzw. in Haft umzuwandeln ist.

Der Strafgesetzgeber läßt bei der Darstellung des objektiven Tatbestandes in einer Gesetzesbestimmung häufig mehrere Alternativen zu. So wird z. B. nach § 175 StGB ein Mann mit Gefängnis bestraft, der mit einem anderen Mann Unzucht treibt (1. Alternative) oder sich von ihm zur Unzucht mißbrauchen läßt (2. Alternative). In den §§ 242, 243 StGB haben wir in den einzelnen objektiven Tatbeständen eine Summe von Alternativen.

Ähnlich ist es im Opiumgesetz. Im § 10 Ziff. 1 bis 9 hat der Gesetzgeber eine Fülle von Tatbeständen als Alternativen aufgezählt. Es ist nicht erforderlich, jede einzelne Alternative mit jedem einzelnen Tatbestandsmerkmal zu erläutern. Dennoch soll das Charakteristische der einzelnen Ziffern des § 10 in Verbindung mit den sonstigen Bestimmungen des Opiumgesetzes, auf die der § 10 verweist, dargestellt werden.

Zu § 10 Ziffer 1:

In § 10 Ziff. 1 wird auf den § 3 des Gesetzes verwiesen. § 3 begründet einen Erlaubniszwang grundsätzlicher Art. Dieser Erlaubniszwang umfaßt die sämtlichen im § 3 aufgeführten Tätigkeiten, also Ein- und Ausfuhr — dazu zählt auch, was im Gesetz nicht ausdrücklich steht: die Durchfuhr, nämlich als »Ein- und Ausfuhr« —, ferner die Gewinnung der Stoffe und Zubereitungen, ihre gewerbsmäßige Herstellung und Verarbeitung, der Handel mit ihnen, ihr Erwerb, ihre Abgabe und Veräußerung sowie jeder sonstige gleichartige Verkehr mit ihnen.

Dieser Erlaubniszwang ist — wie die gesamte Opiumgesetzgebung — in erster Linie gegen den Mißbrauch von Betäubungsmitteln gerichtet. Er wird durch die Ziffer 1 des § 10 des Opiumgesetzes geschützt, d. h. jede der dort beschriebenen Tätigkeiten ist strafbar, wenn sie ohne diese gebotene Erlaubnis vorgenommen wird. Nicht strafbar macht sich, wer die hier in Betracht kommenden Stoffe und Zubereitungen nicht gewerbsmäßig herstellt und verarbeitet; denn Erlaubniszwang besteht nach § 3 nur für gewerbsmäßige Herstellung und Verarbeitung. In den Fällen der nicht gewerbsmäßigen Herstellung und Verarbeitung fehlt es also am objektiven Tatbestand des § 10 Ziff. 1. Für die Gewinnung besteht eine solche Einschränkung nicht.

Von den einzelnen Begriffen sind in diesem Rahmen nur die zu erläutern, die auch noch in jüngerer Zeit umstritten waren. Dies gilt vor allem für den Begriff des »Handeltreibens«. Dieser Begriff wurde 1929 als selbständige Alternative in das Opiumgesetz aufgenommen. Damit war eine Lücke der alten Gesetzgebung ausgefüllt, wonach z. B. der Vermittler nicht strafrechtlich belangt werden konnte. Unter »Handeltreiben« versteht die Rechtsprechung jede eigennützige, auf Umsatz gerichtete Tätigkeit, ohne daß der Täter die Ware etwa in die Hand bekommen müßte, auch die nur gelegentliche oder einmalige, ja sogar die bloß vermittelnde Tätigkeit. Die Rechtsprechung faßt also diesen Begriff sehr weit.

An Hand eines praktischen Beispieles soll dargestellt werden, welche Rechtsprobleme hierbei auftauchen können.

Ein Täter hatte im November 1950 in Frankfurt/M. eine Flasche Kochsalz, das er für echtes Kokain hielt, einem Kauflustigen für 30 000,— DM angeboten. Im Dezember 1950 hat er dieselbe Flasche in Duisburg und in Düsseldorf einem anderen Kauflustigen zum Kauf angeboten. Beide Male blieb es bei der Offerte. Beim 2. Versuch wurde der Täter von der Kriminalpolizei in eine Falle gelockt und festgenommen.

Das Landgericht Duisburg verurteilte den Angeklagten wegen zweier vollendeter Vergehen nach § 10 Abs. 1 Ziff. 1 Opiumgesetz.

Nach dem Sachverhalt war es kein Kokain, das angeboten worden war, sondern Kochsalz. Zum Handel mit Kochsalz bedurfte es jedoch keiner Erlaubnis. Also hätte es am objektiven Tatbestand fehlen müssen. Nun besagt § 10 Abs. 4 des Gesetzes: »Die Vorschriften des Abs. 1 bis 3 gelten auch dann, wenn Stoffe oder Zubereitungen als solche der im § 1 bezeichneten Art in den Verkehr gebracht werden, ohne es zu sein.« Die Vorschrift greift aber nur ein, wenn das vermeintliche Betäubungsmittel in den Verkehr gebracht wird. Dazu gehört mehr als nur ein Anbieten. In der hier zu beurteilenden Sache — und auf diesen Standpunkt stellte sich der Bundesgerichtshof als Revisionsgericht — sei nicht Kokain, sondern Kochsalz zum Kauf angeboten worden. Der Abs. 4 scheide von vornherein aus. Es komme daher nur ein sogenannter untauglicher Versuch und keine vollendete Tat in Frage. Der Täter habe zwar Handel getrieben, doch nicht mit Kokain, sondern mit Kochsalz. Da der Täter im Glauben gewesen sei, es handele sich um Kokain, habe er nur versucht, mit Kokain Handel zu treiben. Infolgedessen sei er nur wegen Versuchs zu bestrafen. In den Fällen des Abs. 1 Ziff. 1 bis 7 sei der Versuch unter Strafe gestellt. Der Täter wäre

nach Abs. 4 zu bestrafen gewesen, wenn er das Salz in den Verkehr gebracht hätte. Aber er hat hier nur angeboten. Also scheidet die Anwendung des Abs. 4, mit dem der Gesetzgeber einen Fall des sogenannten untauglichen Versuchs zu einer vollendeten Handlung gemacht hat, aus.

Der Bundesgerichtshof hat die Revision zurückgewiesen und bei dieser Gelegenheit den Begriff des »Handeltreibens« erläutert. Er hat ausgeführt, daß es für den Begriff des »Handeltreibens« nach § 10 Abs. 1 Opiumgesetz nicht darauf ankomme, ob der Stoff, der als Betäubungsmittel angeboten werde, wirklich ein Betäubungsmittel sei. Es sei nicht einmal erforderlich, daß ein solcher Stoff tatsächlich vorhanden und für den Täter verfügbar sei. Auch die nur vermittelnde Tätigkeit sei bereits ein »Handeltreiben«. Schon der Abschluß eines schuldrechtlichen Vertrages, der sich darin erschöpft, daß der Verkäufer lediglich die Verpflichtung eingeht, entsprechende Stoffe, die dem Erlaubniszwang unterliegen, zu liefern und der Käufer sich seinerseits verpflichtet, die Gegenleistung zu erbringen und die Sache abzunehmen, fällt nach Meinung des Bundesgerichtshofes bereits unter den Begriff des »Handeltreibens«. Auch das Verhandeln, das nach der Absicht des Täters zum Vertragsschluß führen solle, d. h. die Vorverhandlungen, sind hierher zu rechnen. Der Gegenstand, mit dem gehandelt wird, braucht dabei nicht zur Stelle zu sein. Handel treibt nach Ansicht des Bundesgerichtshofes auch der, der eine Sache zum Kaufe anbietet, ohne sie zu besitzen. Da es demnach nicht einmal darauf ankommt, ob das Betäubungsmittel, das der Täter anbietet, überhaupt zu seiner Verfügung steht, so muß es auch gleichgültig sein, ob der Stoff, zu dessen Lieferung er sich erbietet, ein echtes Betäubungsmittel ist oder ob es der Täter nur für ein solches hält oder ob er plant, ein unechtes Betäubungsmittel zu liefern. Um es noch deutlicher zu machen: Bietet ein Täter 10 Ampullen Morphium schwarz zum Kaufe an, wohl wissend, daß er gar keines besitzt, und zwar mit dem Ziel, einen Kaufvertrag darüber abzuschließen, dann treibt er mit Betäubungsmitteln Handel. Wenn dies schon genügt, um den Tatbestand zu verwirklichen, dann muß es auch genügen, wenn er einen Stoff als Morphium zwecks Herbeiführung eines Kaufvertrages anbietet, der gar kein Morphium ist. In dem vom Bundesgerichtshof entschiedenen Falle wollte der Täter echtes Kokain mit Gewinn verkaufen, das er bei den Verhandlungen auch als Kokain bezeichnete. Er hat daher mit einem Stoff, der in § 1 des Opiumgesetzes genannt ist, Handel getrieben und nicht nur versucht, Handel zu treiben. Man kann aus dieser interessanten Entscheidung, die im Band 6 der BGH-Entscheidungen veröffentlicht ist, ersehen, wie weit der Begriff des »Handeltreibens« ausgelegt wird.

Es sollen jetzt noch zwei weitere Begriffe, nämlich das »Abgeben« und das »In-den-Verkehr-bringen« erläutert werden. Nach § 10 Ziff. 1 wird mit Strafe bedroht, wer Stoffe des § 1 »erwirbt, abgibt, veräußert oder sonst in den Verkehr bringt«. Dabei wird diese Abgabe, ebenso wie der Erwerb, und die Veräußerung als regelmäßige Erscheinungsform des »Inverkehrbringens« angesehen, gewissermaßen als Oberbegriff.

Nun zum Begriff des »Abgebens«. Er scheint keine großen Probleme aufzugeben. Nun hat aber das Landgericht Hannover eine Frau, die einem Patienten ihres Mannes — der ohne Erlaubnis die Heilkunst ausübte — Morphiumeinspritzungen gemacht hatte, mit der Begründung verurteilt, daß durch das Einspritzen Morphium »abgegeben« worden sei. Der Bundesgerichtshof hat das Urteil aufgehoben und festgestellt, daß die Verabreichung von Betäubungsmitteln durch unmittelbare Anwendung an dem Körper eines anderen, besonders durch Einspritzungen, keine »Abgabe« im Sinne des § 10 Ziff. 1 Opiumgesetz sei. Nach der herkömmlichen Gesetzessprache verstehe man unter »In-den-Verkehr-bringen« — und die »Abgabe« ist, wie oben dargelegt, nur eine der regelmäßigen Erscheinungsformen des »Inverkehrbringens« — den Umsatz der Ware durch Übertragung der Verfügungsgewalt. Diese Auslegung entspreche auch dem Zweck des Gesetzes. Das Gesetz wolle nämlich verhüten, daß Rauschgifte zu anderen als von der Gesundheitsbehörde freigegebenen Zwecken an den Verbraucher gelangten. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes liegt eine »Abgabe« nur vor, wenn Betäubungsmittel durch Gewahrsamsübertragung einem anderen zur Verfügung überlassen werden, so daß dieser sie nach Belieben verbrauchen oder weitergeben kann. Der Verbrauch von Betäubungsmitteln durch Verzehr oder unmittelbare Anwendung an dem Körper eines anderen, besonders durch Einspritzungen, falle dagegen nicht unter das Gesetz. Denn auf diese Weise werde das Betäubungsmittel nicht in den Verkehr gebracht, sondern eben verbraucht. In einem solchen Falle ist also nur noch zu prüfen, ob der Erwerb des Mittels durch den Täter strafbar war.

Der Begriff »Erwerb« deckt sich in etwa mit dem des »Ansichbringens« nach § 259 StGB. Es kommt hier auf die eigene Verfügungsgewalt an, die der Täter erlangen muß. Ein schuldrechtlicher Vertrag, z. B. ein Kaufvertrag, allein genügt daher meist nicht. Dagegen kann eine Person bestraft werden, die sich mittels verbotener Eigenmacht in den Besitz von Opiaten setzt.

Eingangs wurde bereits betont, daß ein Vorstoß gegen den Erlaubniszwang des § 3 durch § 10 Ziff. 1 unter Strafe gestellt ist. Es wurde ferner darauf hingewiesen, daß der objektive Tatbestand nicht erfüllt sein kann, wenn keine Erlaubnis notwendig ist. Die Ausnahmen vom Erlaubniszwang bestimmt nun der § 3 Abs. 4 Opiumgesetz. Und hier sind besonders die Apotheken interessant, die »für den Erwerb der Stoffe und Zubereitungen, für ihre Verarbeitung sowie für ihre Abgabe auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung« keiner Erlaubnis bedürfen. Wir müssen also unterscheiden:

Erwerben und Verarbeiten können die Apotheken ohne Erlaubnis. Abgeben dürfen sie grundsätzlich nur an Inhaber einer Erlaubnis. Das ergibt sich aus § 3 Abs. 1. Dieses Erfordernis entfällt aber — und das ist der Gehalt der einschlägigen Bestimmung des § 3 Abs. 4 — bei der Abgabe auf Grund einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung, also bei der Abgabe auf Grund eines Rezeptes. Darunter versteht man die persönlich von einem Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt ausgestellte schriftliche Anweisung auf Verabfolgung.

Für das Verschreiben von Arzneien, die Betäubungsmittel enthalten, ist neben den erforderlichen formalen Voraussetzungen des Rezeptes sachlich notwendig, daß die Anwendung des Betäubungsmittels ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich begründet sein muß. Damit sind wir in der wichtigsten Problematik des Rauschgiftstrafrechtes.

Die rechtliche Grundlage für das Erfordernis des sachlichen Begründetseins der Verschreibung findet sich in § 6 der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. 12. 1930 — der Verschreibungsverordnung —, die hauptsächlich auf dem § 8 des Opiumgesetzes beruht. § 6 lautet: »Die Arzneien dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten oder Tierärzten und nur dann verschrieben werden, wenn die Anwendung des Betäubungsmittels ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich begründet ist.« Diese Bestimmung vereinigt äußerlich das formale Erfordernis der ärztlichen Verschreibung mit dem ihrer sachlichen Berechtigung. Die Verschreibung muß sachlich begründet sein, und zwar nicht erst bei der Abgabe der Arznei in den Apotheken, sondern schon zum Zeitpunkt ihrer Verschreibung durch den Arzt muß von diesem geprüft werden, ob die Verschreibung ärztlich begründet ist. Dadurch soll von vornherein einem Mißbrauch mit Betäubungsmitteln vorgebeugt werden. Ergänzend ist zu bemerken, daß in den §§ 9 und 10 der Verschreibungsverordnung darüber hinaus die Mengen der verschiedenen Rauschgiftarten, die der Arzt für jeden Patienten und jeden Krankheitstag verschreiben darf, genau festgelegt sind. In den §§ 26ff wird der Apotheker verpflichtet, bei der Abgabe von Betäubungsmitteln u. a. den Tag der Abgabe auf den Verschreibungen zu vermerken, diese zurückzubehalten und über die Abgabe der Arzneien ins einzelne gehende Eintragungen in ein Buch zu machen, die auch Abgabetag und abgegebene Menge ersehen lassen müssen.

Der Gesetzgeber will also die Kontrolle des Verkehrs mit Betäubungsmitteln bereits bei der ärztlichen Verschreibung einsetzen lassen und diese Kontrolle nicht auf den Zeitpunkt ihrer Verwendung verlegt wissen. Schon eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln ist also bereits untersagt, wenn und soweit sie nicht ärztlich begründet ist. Es liegt auch ein Verstoß gegen den § 6 Verschreibungsverordnung vor, wenn die verordnete Menge — ihrer Menge nach — medizinisch nicht notwendig ist. Würde in einem solchen Falle nur die medizinisch erforderliche Teilmenge verbraucht, so wäre ohne Schwierigkeiten der Mißbrauch einer zuviel verschriebenen Teilmenge von Betäubungsmitteln möglich. Gerade das will das Gesetz aber unterbinden. So hat erst in jüngster Zeit, nämlich mit Urteil vom 25. 9. 1951, der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofes entschieden.

Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte machen sich demnach nach § 6 Verschreibungsverordnung in Verbindung mit § 10 Ziff. 6 Opiumgesetz strafbar, wenn sie ein ärztlich nicht begründetes Rezept ausstellen und sich dessen zum Zwecke seiner Ausführung entäußern. Das bloße Ausstellen allein genügt noch nicht, um die Strafbarkeit zu begründen. Auf die näheren Einzelheiten soll später eingegangen werden.

In diesem Zusammenhang darf auf das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 14. 2. 1955 aufmerksam gemacht werden, nach dem entschieden wurde, daß durch den Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt nur im Bereich seines jeweiligen Ausbildungszweiges, auf den seine Bestallung lautet, eine Verschreibung erfolgen darf. Der Tierarzt darf keine Rezepte für Menschenbehandlung ausstellen und folgerichtig auch kein Menschenarzt für Tierbehandlung. Auch der Zahnarzt kann über seinen Bereich hinaus keine Verschreibung ausstellen — eine Entscheidung, die für die Praxis nicht ohne Bedeutung ist.

Der Verschreibende muß auf Grund ärztlicher Prüfung zu der Überzeugung gekommen sein, daß nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft die Anwendung der Arznei zulässig und geboten ist. Fehlt es an der Überzeugung des Arztes und an der Prüfung, so ist die formelle Anweisung keine »Verschreibung« und berechtigt nicht zum Erwerb.

Ist sie aber keine Verschreibung im Sinne des § 3 Abs. 4 Opiumgesetz, so ist die Abgabe durch den Apotheker auch nicht frei vom Erlaubniszwang, den § 3 Abs. 1 Opiumgesetz vorschreibt. Abgabe und Erwerb stellen somit einen Verstoß gegen § 10 Abs. 1 Ziff. 1 in Verbindung mit § 3 Opiumgesetz dar. Hierüber gibt es zahlreiche — auch neuere — Entscheidungen unserer Obergerichte. Das frühere Reichsgericht hat diesen Standpunkt gleichfalls vertreten. Für die Praxis ist es wichtig, zu wissen, daß derjenige, der auf Grund einer ärztlichen Verschreibung Opiate bezieht, demjenigen gleichzustellen ist, der ohne Erlaubnis Betäubungsmittel erwirbt, weil unbegründete ärztliche Verschreibungen nicht von der Ausnahmebestimmung des § 3 Abs. 4 Opiumgesetz erfaßt werden. Nur durch diese Rechtsprechung können die zahlreichen Rauschgiftsüchtigen erfaßt werden, die des öfteren eine Reihe von Ärzten gleichzeitig konsultieren, um durch das Vortäuschen von mehr oder weniger vorhandenen schmerzhaften Krankheitserscheinungen, z. B. von Gallenblasenkrankheiten, den jeweiligen Arzt zur Verschreibung von Opiaten zu veranlassen. Der Zweck dieses Verfahrens besteht darin, laufend über größere Mengen von Suchtstoffen verfügen zu können oder sich auf sonstige Art an sich echte, jedoch ärztlich nicht begründete Rezepte zu erschleichen. Diese Rechtsprechung wird dem Sinn des Opiumgesetzes gerecht, das verhüten will, daß die seiner Regelung unterworfenen Stoffe zu anderen als zu Zwecken der Heilung oder der wissenschaftlichen Forschung oder im Widerspruch zu einem sonstigen öffentlichen Interesse an Verbraucher gelangen (so auch früheres RG und BGH).

Diese Grundgedanken richten sich selbstverständlich ebenso gegen den rauschgiftsüchtigen Arzt, der z. B. für Familienangehörige Rezepte ausschreibt und sie für sich selbst gebraucht. Ärztlich begründet ist die Verschreibung insbesondere dann nicht — wie der Bundesgerichtshof entschieden hat —, wenn der Arzt bei der Verschreibung weiß, daß er die gesamte verordnete Menge beim Kranken nicht anwenden wird, mag auch die tatsächlich angewandte Menge, also ein Teil der verordneten Menge, ärztlich begründet sein (BGH St 1/318). Denn die Menge des verordneten Mittels muß bereits bei der Verschreibung medizinisch gerechtfertigt sein.

Der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt hat nach § 6 Verschreibungsverordnung zu entscheiden, ob das Rezept sachlich begründet ist. Der Apotheker und seine Hilfspersonen brauchen bei Vorlage eines formell ordnungsgemäßen Rezeptes diese Frage nicht zu prüfen. Sie werden in der Mehrzahl der Fälle auch gar nicht dazu in der Lage sein. Erkennt der Apotheker jedoch positiv, daß der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt unter Verstoß gegen § 6 Verschreibungsverordnung das Rezept ausgestellt hat, so kann er sich bei Abgabe von Suchtmitteln auf diese Bescheinigung wegen Teilnahme an der Tat des Arztes strafbar machen. Allerdings nur als Gehilfe; Mittäter kann er nicht sein, weil dazu die persönliche Eigenschaft als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt gehört. Er muß es jedoch positiv erkannt haben. Der Apotheker — und das ist besonders wichtig —, der fahrlässig nicht erkennt, daß das ihm vorgelegte echte Rezept unter Verstoß gegen § 6 Verschreibungsverordnung ausgestellt, also ärztlich nicht begründet ist, kann nicht wegen fahrlässiger Zuwiderhandlung bestraft werden, wenn er es beliefert. Denn für den Apotheker besteht nur die formelle Rezeptpflicht. Ganz anders liegt die Sache, wenn der Apotheker fahrlässig, also unter Verletzung seiner Sorgfaltspflicht, nicht erkennt, daß das Rezept gefälscht ist. Dann gibt er nämlich fahrlässig ohne echtes Rezept ab. Die formelle Rezeptpflicht erfordert gerade eine sorgsame Prüfung, ob das Rezept von einem Arzt ausgestellt ist.

Apotheker und ihre Hilfspersonen können sich ferner bei der Abgabe unter Nichtbeachtung der §§ 21—25 Verschreibungsverordnung strafbar machen. In diesen Bestimmungen ist die Abgabe durch den Apotheker und durch eine Hausapotheke im einzelnen geregelt. Die ärztliche Verschreibung muß dem Apotheker vorliegen, ehe er das Betäubungsmittel aushändigt — eine für die Praxis wichtige Bestimmung. Das Gesetz läßt auch in dringenden Notfällen keine Ausnahme zu. Der Rechtsgrundsatz des Notstandes und der Gesichtspunkt des übergesetzlichen Notstandes sind hier in den seltensten Fällen anwendbar. Die Voraussetzungen des Notstandes oder des übergesetzlichen Notstandes bedürfen einer strengen Prüfung und engen Auslegung, weil sonst die Gefahr besteht, daß unter diesen Gesichtspunkten eine Umgehung der Bestimmungen des Opiumgesetzes allzuleicht gelingen könnte.

Praktisch ist es nach der heutigen Rechtslage so, daß die Verantwortung für die Verschreibung nach § 6 Verschreibungsverordnung allein dem Verschreibenden übertragen ist und der Apotheker nur noch die formellen Voraussetzungen des Vorliegens einer Verschreibung zu prüfen hat.

Der Erwerber allerdings — dies sei seiner Bedeutung wegen noch einmal wiederholt —, der wissentlich eine ärztlich nicht begründete Verschreibung vorlegt, erwirbt ohne Erlaubnis und macht sich strafbar. Hat er z. B. das Rezept erschlichen oder dem Arzt abgenötigt, so hat er eine unechte Verschreibung, weil sie ohne ärztliche Begründung ausgestellt ist und damit keine zum Bezug berechtigende Verschreibung. Er erwirbt ohne Erlaubnis und macht sich demzufolge strafbar. Der Apotheker, der nur die formale Voraussetzung zu prüfen hat, macht sich nur strafbar, wenn er positiv davon weiß.

Zu § 10 Ziffern 2 und 3:

Diese Ziffern machen wenig Schwierigkeiten. Während die Ziffer 1 einen Verstoß gegen den Erlaubniszwang mit Strafe bedroht, ist durch die Ziffer 2 die Bezugscheinpflicht des § 4 Opiumgesetz geschützt. Grundsätzlich sind jeder Erwerb und jede Veräußerung, also nicht nur die Abgabe, bezugscheinpflichtig. Die Ausnahmen sind in § 4 Abs. 1 Satz 3 und 4 aufgezählt. Abweichungen von den auf dem Bezugschein angegebenen Mengen oder Bedingungen fallen zumeist unter das Erwerben ohne Bezugschein, teilweise auch unter Ziffer 6. Zu § 4 Abs. 4 ist auf die dazu erlassenen Verordnungen vom 21. 9. 1931 (RGBl. I S. 513) und vom 8. 10. 1938 (RGBl. I S. 1349) mit ihrem Verzeichnis der bezugscheinfreien Stoffe und Zubereitungen hinzuweisen.

Die Ziffer 3 des § 10 wurde eingefügt, weil es sich nach den Erfahrungen der Opiumstelle als notwendig erwiesen hat, wissentlich unrichtige Angaben, die der Opiumstelle gegenüber gemacht werden, um entweder einen Bezugschein zu erlangen oder um Betäubungsmittel in der beantragten Art und Menge bewilligt zu erhalten, unter Strafe zu stellen. Unrichtige Angaben sind hier im weitesten Sinne stets dann anzunehmen, wenn die Angaben ganz allgemein von den Tatsachen abweichen. Das Erschleichen von Verschreibungen — Rezepten also — fällt nicht unter diesen Tatbestand.

Eine Besonderheit bleibt noch zu erwähnen. § 10 Abs. 3 stellt auch eine fahrlässige Begehung der Ziffern 1 bis 5 und 7 bis 9 unter Strafe. Bezüglich der Ziffer 3 haben wir es mit einem Versehen des Gesetzgebers zu tun. Erforderlich ist nämlich in Ziffer 3 die Absicht zu täuschen, um dadurch einen Bezugschein zu erlangen. Infolgedessen kann der Tatbestand der Ziffer 3 nur vorsätzlich, niemals aber fahrlässig begangen werden. Die Ziffer 3 hätte daher in Abs. 3 ausgenommen werden müssen.

Zu § 10 Ziffer 4:

Nach § 9 Opiumgesetz dürfen bestimmte Stoffe und Zubereitungen, die im einzelnen aufgezählt sind, überhaupt nicht Gegenstände des Verkehrs sein, wobei der Begriff des »Verkehrs« weiter geht als der Begriff des »Inverkehrbringens«. Unter »Verkehr« ist jegliche auf Umsatz gerichtete Tätigkeit zu verstehen, auch wenn sie auf unentgeltlichen Umsatz gerichtet ist. Auch nicht gewerbsmäßiges Handeln ist strafbar. Das Verbot des § 9 ist absolut.

Zu § 10 Ziffern 5 und 6:

Diese Ziffern sind von besonderer Bedeutung, weil sie die Strafbestimmungen für Zuwiderhandlungen gegen eine ganze Anzahl von Ausführungsbestimmungen enthalten. Sie müssen in Verbindung mit § 10 Abs. 3 betrachtet werden, der die Bestrafung fahrlässig begangener Taten behandelt. Ziffer 5 enthält dabei die Tatbestände, für die auch im Falle der fahrlässig begangenen Zuwiderhandlungen Gefängnis bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ohne Beschränkung nach oben angedroht sind.

Bei Verfehlungen gegen Vorschriften mehr formaler Art dagegen, die die Ziffer 6 beschreibt, wird nach Abs. 3 für den Fall der Fahrlässigkeit eine Übertretungsstrafe — also Geldstrafe bis zu 150,— DM oder Haft — als ausreichend angesehen.

Nun im einzelnen zu Ziffer 5: Die auf Grund von § 5 Abs. 2 Opiumgesetz erlassenen Bestimmungen betreffen die Buchführungspflicht der Apotheker und Inhaber von Hausapotheken, also die Bestimmungen über den Nachweis des Verbleibs der Betäubungsmittel in den Apotheken und Hausapotheken. Nur die Apotheker bzw. diejenigen, denen die Hausapotheke genehmigt worden ist, können Täter sein. Strafbar ist ferner auf Grund des § 6 Opiumgesetz die Nichteinhaltung von Bedingungen für Einfuhr, Durchfuhr und Ausfuhr und die Einfuhr usw. über nichtgenehmigte Orte. § 12 Opiumgesetz ermächtigt generell zum Erlaß von Ausführungsbestimmungen (z. B. die Verordnung über die Verarbeitung von Betäubungsmitteln vom 20. 2. 1935).

Die Ziffer 6 hat in der Praxis große Bedeutung: § 4 Abs. 2 Opiumgesetz betrifft das Bezugscheinverfahren. § 4 Abs. 4 bezieht sich auf den bezugscheinfreien Verkehr mit gewissen Stoffen und Zubereitungen. § 7 läßt Vorschriften über die Ankündigung und Beschriftung von Zubereitungen zu. Sie sind in § 2 der Verordnung vom 24. 4. 1930 enthalten. Der sodann genannte § 8 ist die gesetzliche Grundlage für den Erlaß der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. 12. 1930 in der Fassung der Verordnungen vom 24. 3. 1931, vom 8. 7. 1932, vom 20. 5. 1933, der 6. Verordnung über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes vom 12. 6. 1941, der Verordnung vom 31. 7. 1943 und der Verordnung vom 16. 6. 1953, der bereits mehrmals erwähnten Verschreibungsverordnung. Damit fallen unter die Ziffer 6 die Verstöße gegen die Verschreibungsverordnung. Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte können gegen die Vorschriften des Abschnitts II dieser Verordnung verstoßen, die die Einzelheiten des Verschreibens regeln, Apotheker gegen diejenigen des Abschnittes III, die die Einzelheiten über die Abgabe von Betäubungsmittel enthaltenden Arzneien regeln. Auch Zuwiderhandlungen gegen die §§ 26 und 28 der Verordnung, die Bestimmungen über den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln in den öffentlichen Apotheken enthalten, fallen unter Ziffer 6, während Buchführungsverstöße unter die Ziffer 5 gehören, da die Buchführungspflicht auf § 5 des Opiumgesetzes beruht. Es darf nochmals daran erinnert werden, daß sich die praktische Auswirkung, ob eine Bestimmung der Ziffer 5 oder 6 verletzt ist, bei der Bestrafung von fahrlässig begangenen Handlungen nach § 10 Abs. 3 zeigt. Greift Ziffer 5 ein, so ist die Rechtsfolge eine Vergehensstrafe, bei Ziffer 6 eine Übertretungsstrafe.

Zu § 10 Ziffer 7:

Bei Ziffer 7 handelt es sich um die Bestimmungen über den Briefverkehr im Weltpostvertrag, der Verbote im Wertbrief- und Wertpäckchenabkommen und im Postpaketabkommen, die den innerdeutschen Verkehr nicht betreffen. Die Weltpostvereinsverträge betreffen nur die Versendung von Land zu Land und kommen für die tägliche Arbeit weniger in Betracht.

Zu § 10 Ziffer 8:

Die Ziffer 8 ist eine Ergänzung des § 5 Abs. 1 Opiumgesetz, der eine Pflicht zur Lagerbuchhaltung, die der § 5 im einzelnen umreißt, begründet. Ziffer 8 stellt nur die Strafbestimmung bei Verletzung dieser Pflicht dar. Verletzungen des § 5 Abs. 2 Opiumgesetz sind nach § 10 Ziffer 5 zu bestrafen.

Die in Ziffer 8 benannte Auskunftspflicht und die Pflicht zur Gewährung der Einsicht in die Aufzeichnungen und Bücher ergibt sich aus dem § 2 Abs. 2 Opiumgesetz, der die Aufsicht und die Rechte der Aufsichtsbehörde behandelt. Die Rechte der Aufsichtsbehörde sind sehr weitgehend. Das Recht der Besichtigung von Örtlichkeiten ist keiner zeitlichen Beschränkung unterworfen. Eine Strafbestimmung für den Fall der Verweigerung des Zutritts zum Zwecke der Besichtigung besteht allerdings nicht. Die Ziffer 8 bedroht nur die Verweigerung der Auskunftserteilung und der Einsichtgewährung mit Strafe. Es wird natürlich Tatfrage sein, inwieweit in der Verweigerung des Zutritts eine Verweigerung der Auskunftserteilung oder der Einsichtgewährung zu sehen ist.

Zu § 10 Ziffer 9:

Diese Ziffer bezieht sich auf § 2 Abs. 3 a, wonach bestimmte Beschränkungen zur Durchführung des internationalen Abkommens angeordnet werden können. Auch hier ist eine fahrlässige Begehung möglich. Ein vorsätzlicher Verstoß setzt natürlich die Kenntnis der Anordnungen voraus.

Damit sind die Tatbestände des § 10 Abs. 1 abgeschlossen. Über den Versuch, der im Abs. 2 geregelt ist, und über die Strafbarkeit der Fahrlässigkeit im Abs. 3 ist das Wesentliche bereits erwähnt. Die Verschuldensform der »Fahrlässigkeit« ist vor allem für die Fälle von Bedeutung, in denen ein Irrtum über das Bestehen oder die Anwendbarkeit einer Vorschrift auf Fahrlässigkeit beruht, z. B. ein Irrtum über die gesetzlichen Bestimmungen des Erlaubniszwangs, des Rezeptzwangs, der Bezugscheinpflicht, der Buchführungspflicht usw. In diesen Fällen kann nach der neuen Irrtumslehre, die der Bundesgerichtshof entwickelt hat, ein vorsätzliches Handeln nicht festgestellt werden, wenn sich nicht auch das Unrechtbewußtsein feststellen läßt.

Der nun folgende Abs. 4 ist bereits eingangs erörtert worden.

Im Abs. 5 wird die Einziehung geregelt. Sie ist eine polizeiliche Sicherungsmaßregel und der einfachste und sicherste Weg, um Betäubungsmittel dem illegalen Besitz zu entziehen und der gesetzlichen Kontrolle wieder zuzuführen. Es handelt sich um eine Kann- und keine Mußbestimmung. Die Einziehung ist auch im selbständigen Verfahren nach §§ 430 ff StPO möglich.

II.

Zweck des Opiumgesetzes und seiner Durchführungsverordnungen ist es, sicherzustellen, daß alle suchterzeugenden Stoffe — auch alle Zubereitungen — nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Die Strafbestimmungen richten sich weitgehend gegen einen Personenkreis, der berufsbedingt mit Betäubungsmitteln zu tun hat. Sie sind in einem strafrechtlichen Nebengesetz geregelt. Über das Opiumgesetz hinaus enthält aber auch das Strafgesetzbuch Bestimmungen, die auf eine wirksame Verhütung des Mißbrauchs zugeschnitten sind.

Zur Zeit des Erlasses des Strafgesetzbuches sah der Gesetzgeber keinen Anlaß zu einer besonderen gesetzlichen Regelung der Materie in diesem Gesetz. Wir sind daher auf die allgemeinen Bestimmungen angewiesen.

Einleitend soll von einem Beispiel ausgegangen werden.

Eine Person nimmt in selbstmörderischer Absicht eine tödliche Dosis eines Betäubungsmittels ein. Der Selbstmord mißlingt, es bleibt beim Versuch. Es dürfte allgemein bekannt sein, daß Selbstmord nach deutschem Recht nicht strafbar ist; daher ist auch der Selbstmordversuch strafrechtlich irrelevant. Ebenso ist es mit der Selbstbeibringung einer Dosis Gift, die — objektiv gesehen — zu einer Körperverletzung führt. Auch die Selbstverletzung ist — abgesehen von Sonderbestimmungen im früheren Militärstrafgesetzbuch — straflos. Unberührt davon bleibt natürlich in diesen Fällen eine evtl. Strafbarkeit wegen Verletzung anderer Bestimmungen, z. B. des Opiumgesetzes. Für den schwer Süchtigen hat das Opiumgesetz kaum eine Möglichkeit offen gelassen, dem Konflikt mit dem Gesetz zu entgehen.

Anders ist die Sache zu beurteilen, wenn die körperliche Integrität eines anderen Menschen vorsätzlich angetastet wird. Hier kann der die Betäubungsmittel verabreichende Täter je nach den Umständen nach § 211 StGB (Mord) oder § 212 StGB (Totschlag) bestraft werden. Es können ferner die Tatbestände des § 229 StGB (Vergiftung), des § 223a StGB (gefährliche Körperverletzung), des § 224 StGB (schwere Körperverletzung) oder des § 226 StGB (Körperverletzung mit Todesfolge) verwirklicht sein. In diesen Fällen des Betäubungsmittelmißbrauchs wird auch die Einwilligung des Betroffenen der Tat die Rechtswidrigkeit nicht nehmen können, weil eine solche Einwilligung in aller Regel gegen die guten Sitten verstößt. Dieser Rechtsgedanke ist im § 226a StGB verankert.

Für die Praxis sind die Fahrlässigkeitsdelikte wichtig. Ärzte, Krankenschwestern und sonstige Medizinalpersonen werden z. B. für Verstöße, die sie sich bei der Behandlung eines Kranken gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft unter Außerachtlassung der erforderlichen und gebotenen Sorgfalt zuschulden kommen lassen, strafrechtlich und auch zivilrechtlich haftbar gemacht. Verwechslungen von Medikamenten und Suchtstoffen, Irrtümer in der Dosis beim Verordnen oder Verabreichen, aber auch fahrlässiges Zugänglichmachen von Suchtstoffen, spielen hierbei eine große Rolle. Ein fahrlässiges Zugänglichmachen kann auch für den Apotheker zu einer Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung führen, je nach dem eingetretenen Erfolg.

In engem Zusammenhang mit dem Rauschgiftmißbrauch stehen die Straftaten, die darauf abzielen, in den Besitz von Betäubungsmitteln zu gelangen: Einfacher und schwerer Diebstahl, Unterschlagung und — relativ häufig — Veruntreuung (§§ 242, 243, 246 StGB), Hehlerei (§ 259 StGB) und insbesondere gewerbs- oder gewohnheitsmäßige Hehlerei (§ 260 StGB).

In diese Gruppe gehören noch Betrugshandlungen (§ 263 StGB) und häufig Urkundenfälschungen als Rezeptfälschungen (§ 267 StGB), weiter Nötigung und Erpressung (§§ 240, 253 StGB).

Das dürften die wichtigsten Tatbestände des Strafgesetzbuches sein, die in enger Verbindung zu den Delikten des Opiumgesetzes stehen. Darin erschöpft sich aber ihre Bedeutung nicht. Sie sind noch aus einem weiteren Grunde interessant. In § 10 Abs. 1 heißt es:

»Mit Gefängnis bis zu drei Jahren und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen wird, sofern nicht nach anderen Strafgesetzen eine schwerere Strafe verwirkt ist, bestraft...«

Das bedeutet, daß das Opiumgesetz nur dann Anwendung finden soll, wenn nicht bereits nach einem anderen Gesetz eine schwerere Strafe verwirkt ist. Das Opiumgesetz ist daher im Verhältnis zu anderen Strafgesetzen, die verletzt sein können und die im einzelnen aufgezählt wurden, nur subsidiär, d. h. »hilfsweise« anzuwenden.

Hierfür sei ein konkretes Beispiel aufgeführt:

Ist der Täter durch Betrug in den Besitz von Opiaten gelangt, so wäre allein die Vorschrift des § 263 StGB anzuwenden, weil sie die schwerere Strafe androht, nämlich Gefängnis bis zu 5 Jahren (§ 16 StGB) und Nebenstrafen, während das Opiumgesetz nur Gefängnis bis zu 3 Jahren und

Nebenstrafen androht. Würde man aber den § 263 StGB allein anwenden, dann hätte dies zur Folge, daß § 10 Abs. 5 Opiumgesetz, der die besonders wichtige Einziehung regelt, nicht zum Zuge käme. Diesen Standpunkt vertrat man auch früher. Eine derartige für die öffentliche Sicherheit so schwerwiegende und nachteilige Folgerung steht aber im krassen Gegensatz zum Geist der Betäubungsmittelgesetzgebung. Daher ist die heute herrschende Meinung und auch ständige Rechtsprechung, daß Tateinheit vorliegt, daß also durch die eine Tat beide Gesetze verletzt worden sind, nämlich § 263 StGB und § 10 Abs. 5 Opiumgesetz, so daß die Einziehung nach dem Opiumgesetz trotz der Strafen, die dem § 263 StGB entnommen werden, möglich ist. Eine im Ergebnis sicherlich richtige Lösung, wenn sie auch in der Konstruktion angreifbar erscheint.

Für die Delikte, die in engem Zusammenhang mit den Rauschgiftdelikten stehen — Tötungsdelikte, Körperverletzungsdelikte, Eigentumsdelikte, Vermögensdelikte, Urkundendelikte —, ist das Problem des § 51 StGB von maßgeblicher Bedeutung. Es ist bekannt, daß die Zurechnungsunfähigkeit in der strafrechtlichen Systematik als Schuldausschließungsgrund gilt; die Tat bleibt rechtswidrig, aber der Täter kann nicht bestraft werden, weil die Schuldfähigkeit und damit die Vorwerfbarkeit fehlt. In der juristischen und mehr noch in der medizinischen Literatur ist die Frage, ob dem Rauschgiftsüchtigen bei von ihm begangenen strafbaren Handlungen die Wohltat des § 51 StGB zuzubilligen ist oder ob er wenigstens als vermindert zurechnungsfähig zu betrachten ist, häufig erörtert worden.

Nach heutiger — wohl überwiegender — Meinung ist davon auszugehen, daß der Rauschgiftsüchtige ein Kranker ist.

§ 51 StGB verlangt, daß der Täter zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche (biologische Voraussetzungen) unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (psychologische Voraussetzungen). Das Vorliegen gewisser biologischer Zustände reicht für sich allein nicht aus, die Zurechnungsfähigkeit auszuschließen oder zu mindern; die im Gesetz aufgeführten Geisteszustände müssen vielmehr bestimmt umschriebene Wirkungen auf das Seelenleben äußern, wenn sie Berücksichtigung finden sollen.

Ähnlich wie im Falle der Trunkenheit können strafbare Handlungen im akuten Rauschzustand begangen werden. Ein solcher Sachverhalt ist unproblematisch.

Bei den schwer Süchtigen wird das Gericht die Anwendung des § 51 StGB in erster Linie bei den strafbaren Handlungen prüfen müssen, die zur unmittelbaren Beschaffung des erstrebten Suchtmittels ausgelöst wurden. Vorwiegend handelt es sich dabei um Rezeptfälschungen, Rezeptdiebstähle, aber auch Diebstähle von Suchtmitteln, u. U. auch um sonstige Vermögensdelikte, die die notwendigen Gelder zur Beschaffung von Suchtmitteln erbringen sollten. In diesen Fällen dürfte beim Täter in der Regel zwar die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen, noch vorhanden sein, doch nicht mehr die Fähigkeit, dieser Einsicht gemäß zu handeln. Der »Gifthunger«, die Bindung an das Suchtmittel kann sich so zwingend auswirken, daß trotz der intakt gebliebenen intellektuellen Seite der Persönlichkeit eine völlige Willensschwäche eintritt, wenn es darum geht, das Suchtmittel zu beschaffen.

In diesem Zusammenhang muß besonders auf die Straftaten hingewiesen werden, die in der Abstinenz zur Beschaffung der Rauschmittel verübt werden. Sowohl nach § 51 Abs. 1 StGB als auch nach § 51 Abs. 2 StGB kommt es auf die Schwere der Charakterveränderungen, die Umwandlung der Gesamtpersönlichkeit usw. an. Jeder Einzelfall verlangt eine individuelle und sorgsame Prüfung, wobei die Rolle des sachverständigen Arztes nach der Strafprozeßordnung die eines Gehilfen des Richters ist. Wenn § 51 Abs. 1 oder 2 StGB bejaht wird und die öffentliche Sicherheit eine Unterbringung erfordert, sind gleichzeitig die Voraussetzungen des § 42 b StGB gegeben.

§ 51 Abs. 2 StGB ist naturgemäß in erster Linie für suchtbedingte Handlungen bedeutungsvoll, die nicht im akuten Rausch begangen worden sind.

Es ist hier noch an den Fall zu denken, in dem der Täter absichtlich vor Begehung einer Straftat das Rauschgift nimmt, um die noch vorhandenen Hemmungen auszuschalten. Ist die Zurechnungsfähigkeit für den Zeitpunkt einwandfrei festgestellt, in dem der Täter sich mit dem Tatvorsatz in den Rauschzustand versetzt hat, um sich für die beabsichtigte Tat aller Hemmungen zu entledigen, dann hat er sich gewissermaßen selbst als sein eigenes »Werkzeug« benutzt. Das bedeutet, daß er nach dem Grundsatz der sogenannten »actio libera in causa« wegen einer vorsätzlichen Tat zu bestrafen ist.

Bei dem bereits Rauschgiftsüchtigen ergeben sich aber bei dieser Konstruktion häufig Schwierigkeiten. Im Einzelfall wird es darauf ankommen, wie weit die Sucht fortgeschritten ist. Man wird nur dann das der Einnahme des Rauschgiftes folgende strafbare Tun, z. B. einen Mord, als Verwirklichung eines freien Willens bestrafen können, wenn der Entschluß, das Rauschgift zu nehmen, ganz allein auf dem Willen, sich zur Begehung der Straftat Mut zu machen, beruhte und zugleich frei von einer krankhaften Begierde nach dem Genuß des Mittels als solchem war. Dies ist aber eine Tatfrage, die bei einem Süchtigen besonders schwer zu erforschen ist.

Als letzte Bestimmung in diesem Komplex muß noch der § 330a StGB erläutert werden. Mit der Einführung des § 330a StGB verfolgte der Gesetzgeber den Zweck, die vom Berauschten der Allgemeinheit und dem einzelnen drohenden Gefahren abzuwenden. Vor dem Inkrafttreten des § 330a StGB konnte ein Täter, wenn man ihm den § 51 StGB zubilligen mußte, nur dann bestraft werden, wenn der Fall der actio libera in causa vorlag. Diese Lücke wurde durch den § 330a StGB geschlossen. Er lautet:

> »Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke oder durch andere berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Abs. 1) ausschließenden Rausch versetzt, wird mit Gefängnis oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht.«

Heute kann der infolge Rauschgift oder Alkohol volltrunkene Täter, dem wegen dieses Rauschzustandes der § 51 StGB als Schuldausschließungsgrund zur Seite steht und der daher wegen seiner Straftat nicht bestraft werden kann, wegen eines ganz andersartigen strafrechtlichen Verschuldens, das mit der Rauschtat in Zusammenhang steht, bestraft werden. Nach § 330a StGB wird die strafbare Tat darin gesehen, daß sich der Täter schuldhaft in einen, die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustand versetzt hat. Eine Bestrafung ist aber nur dann möglich, wenn er in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung, also ein Verbrechen, ein Vergehen oder eine Übertretung, begangen hat.

Es muß also eine objektiv strafbare Handlung vorliegen, z. B. eine Körperverletzung, die aber nicht bestraft werden kann, weil infolge des Rauschzustandes des Täters der § 51 StGB zur Anwendung kommen muß. Hat sich der Täter nun schuldhaft, d. h. vorsätzlich oder fahrlässig in diesen Rauschzustand versetzt, so kann er deswegen bestraft werden. Der Vorsatz oder die Fahrlässigkeit brauchen und dürfen sich also nicht auf die Rauschtat, die Körperverletzung, beziehen. Der Täter muß sich nur mit Wissen und Wollen, also mit Vorsatz, in den Rauschzustand versetzt haben. Soweit er bei der Beschaffung des Suchtmittels nicht gegen das Opiumgesetz oder ein anderes Strafgesetz verstoßen hat, ist sein Handeln noch nicht strafbar. Begeht der Täter aber in diesem Rauschzustand z. B. einen Diebstahl, so ist die Bedingung der Strafbarkeit eingetreten. Jetzt wird er bestraft, nicht wegen des Diebstahls, dafür steht ihm ja der § 51 StGB zur Seite, sondern weil er sich vorsätzlich in den Rauschzustand versetzt hat und in diesem Zustand eine strafbare Handlung, einen Diebstahl, begangen hat. Auch eine Verurteilung nach § 330a StGB ist die Grundlage für die Anordnung der Unterbringung nach § 42c StGB.

III.

Abschließend sind noch einige Einzelbestimmungen des Strafgesetzbuches zu erwähnen.

Nach § 330b StGB wird mit Gefängnis bis zu 3 Monaten oder mit Geldstrafe bestraft, wer wissentlich einer Person, die in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt untergebracht ist, ohne Erlaubnis des Leiters der Anstalt geistige Getränke oder andere berauschende Mittel verschafft.

Die Vorschrift des § 330b StGB soll der Erreichung der Ziele des § 42c StGB, vor allem in Verbindung mit § 330a StGB, dienen. Es ist bekannt, wie gerade der Rauschgiftsüchtige in Krankenhäusern und Anstalten auf rätselhafte Weise immer wieder Suchtmittel erhält. § 330b StGB gibt die Strafbestimmung gegen den, der den Zweck der Unterbringung vereitelt. »Verschafft« im Sinne des § 330b StGB sind die Mittel unter Umständen bereits durch Aushändigung an eine Mittelsperson; der Untergebrachte muß nicht in allen Fällen die unmittelbare Verfügungsgewalt erlangt haben.

Sodann ist noch bei den Übertretungstatbeständen auf den § 367 Ziff. 3 StGB hinzuweisen, der bestimmt, daß mit Geldstrafe bis zu 150,— DM oder mit Haft bestraft wird,

> »wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt«.

Hier taucht natürlich die Frage des Verhältnisses dieser Bestimmung zum Opiumgesetz auf. Bereits das Reichsgericht hat entschieden, daß der § 10 Ziff. 1 Opiumgesetz den § 367 Ziff. 3 StGB ausschließt.

Ausdrücklich angesprochen sind die Opiate im § 315a Abs. 1 Ziff. 2 StGB. Hiernach kann wegen vorsätzlicher Gefährdung des Straßenverkehrs mit Gefängnis bestraft werden, wer die Sicherheit des Straßenverkehrs dadurch beeinträchtigt, daß er ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses geistiger Getränke oder anderer berauschender Mittel — und damit sind auch die Rauschgifte gemeint — nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen und dadurch eine Gemeingefahr im Sinne des § 315 Abs. 3 StGB herbeiführt, also eine konkrete Gefährdung von Leib oder Leben oder für bedeutende Sachwerte, die in fremdem Eigentum stehen oder deren Vernichtung gegen das Gemeinwohl verstößt, hervorruft. Es kommt dabei auf eine konkrete Gefährdung an, ein Unfall und damit ein Schaden muß noch nicht eingetreten sein.

Ebenso bezeichnet der § 3 Abs. 2 der Straßenverkehrszulassungsordnung ausdrücklich als besonders ungeeignet zum Führen von Fahrzeugen oder Tieren, wer unter erheblicher Wirkung geistiger Getränke oder Rauschgifte am Verkehr teilgenommen hat.

In Verbindung mit den Verkehrsdelikten sei an den § 42m StGB — Entziehung der Fahrerlaubnis durch das Gericht — als eine Maßregel der Sicherung und Besserung, ebenso auf die Entziehungsmöglichkeit der Fahrerlaubnis im Verwaltungswege nach § 4 Abs. 1 Straßenverkehrsgesetz und § 3 Abs. 1 Straßenverkehrszulassungsordnung erinnert.

Ferner sei noch auf die Möglichkeit des § 421 StGB hingewiesen, der die Handhabe bietet, bis zu einer Dauer von 5 Jahren die Ausübung des Berufes zu untersagen, wenn jemand wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das er unter Mißbrauch seines Berufes oder Gewerbes oder unter grober Verletzung der ihm kraft seines Berufes oder Gewerbes obliegenden Pflichten begangen hat, zu einer Freiheitsstrafe von mindestens 3 Monaten Dauer verurteilt wurde. Die Strafbestimmung bei Verstoß gegen dieses Verbot enthält der § 145c StGB, der eine Gefängnisstrafe bis zu 2 Jahren vorsieht. Soweit bekannt, haben einige süddeutsche Gerichte von dieser Möglichkeit — unabhängig von standesgerichtlichen Verfahren — gegenüber rauschgiftsüchtigen Ärzten Gebrauch gemacht. Die Straftaten müssen symptomatisch erkennen lassen, daß der Täter im Beruf unzuverlässig und daher die weitere Gefährdung der Allgemeinheit zu besorgen ist. Sie müssen in innerer Beziehung zum Beruf stehen; das Reichsgericht spricht von einem »Ausfluß« der Berufsausübung.

Weiter sei noch der § 3 Abs. 1 StGB erwähnt, wonach das deutsche Strafrecht auch dann für die Tat eines deutschen Staatsangehörigen zur Anwendung kommt, wenn er sie im Ausland begeht. Schließlich muß noch auf den § 4 Abs. 3 Ziff. 8 StGB hingewiesen werden. Nach dieser Bestimmung unterliegt der unbefugte Vertrieb von Betäubungsmitteln dem Weltrechtsstrafprinzip (auch Universalprinzip genannt), d. h. das deutsche Strafrecht findet immer Anwendung, gleichgültig wo und von wem die Tat begangen worden ist und wie sie sich ausgewirkt hat. Damit sind auch von Ausländern im Ausland begangene Taten dem deutschen Strafrecht unterworfen, selbst wenn die Tat nach dem Recht des Tatortes nicht strafbar wäre. Diese Vorschrift ist mit Rücksicht auf das internationale Oipumübereinkommen vom 19. 2. 1925 in den § 4 des StGB aufgenommen worden und entspricht den Regelungen, die auch die anderen Vertragsstaaten erlassen haben.

Eingangs wurde erwähnt, daß Strafandrohungen und Strafen niemals der Weisheit letzter Schluß sein können. Als die wirksamste Abwehr der suchtmäßigen Ausbreitung des Genusses von Opiaten wird man auf Grund der Erfahrungen in Deutschland und im Ausland eine gesetzlich geregelte Herstellungs- und Verbreitungskontrolle bei denjenigen Rauschgiften, welche therapeutischen Zwecken dienen, und das generelle Herstellungs- und Verbreitungsverbot von Suchtgiften, die therapeutisch nicht benötigt werden, ansehen müssen. Eine zweckentsprechende, lückenlose und dem Stand der neuesten Erkenntnisse angepaßte Gesetzgebung auf diesem Gebiet und deren Durchführung und notfalls auch Durchsetzung in der Praxis ist aber nur möglich, wenn einerseits die internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Rauschgiftbekämpfung immer mehr intensiviert wird und andererseits die Vertreter der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Justiz, der Verwaltungsbehörden und der Kriminalpolizei aufs engste und vertrauensvollste zusammenarbeiten.

Die Unterbringung von Rauschgiftsüchtigen aus der Sicht der Strafverfolgungsbehörde

(Probleme und Entscheidungen)

Erster Staatsanwalt Tacik, Berlin

Auch in West-Berlin haben wir, wie in den meisten Ländern der Bundesrepublik, ein Gesetz über die Unterbringung von Geisteskranken und Süchtigen. Dieses Unterbringungsgesetz vom 24. 7. 1952 sieht im § 1 vor, daß Personen, die wegen Geisteskrankheit, Rauschgift- oder Alkoholsucht die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, sich selbst oder andere ernstlich gefährden, ohne bzw. gegen ihren Willen in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht werden können, wenn das zuständige Gericht die Unterbringung anordnet. Diese Gesetzesbestimmung hat in West-Berlin, soweit sie die Rauschgiftsucht betrifft, keine praktische Bedeutung erlangt. Trotz wiederholter Rückfragen bei den Wittenauer Heilstätten ist bisher kein Fall bekanntgeworden, in dem ein Rauschgiftsüchtiger auf Grund dieses Gesetzes dort untergebracht worden ist. Für Geisteskranke und Alkoholsüchtige ist diese Gesetzesbestimmung nach den Erfahrungen der letzten drei Jahre allerdings von erheblicher Bedeutung geworden. Es mag sein, daß die Anwendung dieses Gesetzes auf Rauschgiftsüchtige in der Praxis wohl deshalb keine Anwendung findet, weil nicht die Staatsanwaltschaft, sondern das zuständige Gesundheitsamt Antragsteller ist. Die Staatsanwaltschaft hat in diesem Verfahren überhaupt keine Einwirkungsmöglichkeit.

Die Unterbringung Rauschgiftsüchtiger in den Wittenauer Heilstätten erfolgt deshalb entweder auf freiwilliger Grundlage oder auf Grund eines Gerichtsurteils unter Anwendung des § 51 Abs. 1 oder 2 StGB in Verbindung mit § 42 b StGB.

Entziehungskuren auf freiwilliger Basis sind vielfach bekanntgeworden. Sie haben den Nachteil, daß sie jederzeit von dem Süchtigen abgebrochen werden können. Die Erfahrung hat gezeigt, daß diese freiwilligen Entziehungskuren regelmäßig schon zu einem Zeitpunkt unterbrochen werden, an dem die Entziehungserscheinungen gerade überwunden sind. Eine Entgiftung des Körpers ist bei dem Abbruch dieser freiwilligen Entziehungskuren kaum eingetreten. Von einer Entwöhnung bzw. Entziehung kann nicht gesprochen werden. Der Erfolg dieser freiwilligen Entziehungskuren, die selten 3 Wochen übersteigen, wirkt sich in der Praxis so aus, daß der Patient nach der 2. oder 3. erfolglosen Entziehungskur vor dem Strafrichter erscheint und nunmehr seine gerichtliche Unterbringung angeordnet werden muß.

In West-Berlin werden daher regelmäßig Rauschgiftsüchtige auf Grund eines Gerichtsurteils untergebracht. Hierzu ist folgendes zu bemerken:

Es ist bereits in anderen Referaten hervorgehoben worden, welche strafbaren Handlungen ein Rauschgiftsüchtiger im allgemeinen begeht, um in den Besitz von Opiaten, synthetischer Analgetica und der Weckamine zu kommen.

Bei Einzelfällen, die beschrieben worden sind, konnte leicht der Eindruck erweckt werden, als ob hier ein Zahlenmaterial genannt und Abartigkeiten erwähnt worden seien, die bereits lange Jahre zurückliegen. Aus meiner 5jährigen Tätigkeit als Rauschgiftsachbearbeiter bei der Staatsanwaltschaft Berlin darf ich betonen, daß sich alle diese Fälle und Erscheinungsformen während meiner Amtszeit ereignet haben. Von den Rauschgiftsüchtigen wird grundsätzlich jede Möglichkeit genutzt, um in den Besitz von Rauschgiften zu kommen.

Eines dieser Mittel ist das Erschleichen von Rezepten bei mehreren Ärzten. Der Rauschgiftsüchtige sucht entweder unter eigenem oder verschiedenen Namen mehrere Ärzte auf, um ein Opiatrezept oder ein Rezept für Pervitin zu erlangen. Beliebt ist die Vorspiegelung von Gallenkoliken zur Erlangung eines Opiatrezeptes. Daneben werden häufig Stumpfbeschwerden, Trigeminusneuralgien und andere Leiden vorgetäuscht.

Ein gewisser W. bekam z. B. regelmäßig in der Nähe der Wohnung eines Arztes einen Blutsturz und ließ sich dann von dem nächsten Polizeibeamten diesem Arzt vorführen. Der Erfolg war, daß er fast stets ein Opiat verschrieben erhielt. Der Arzt war um so weniger mißtrauisch, als der Patient in Begleitung eines Polizeibeamten in seiner Praxis erschien. In Wirklichkeit hatte W. diesen Blutsturz selbst bewirkt, indem er ein Äderchen in der Nasenschleimhaut verletzte. Derselbe Patient hatte sich zusätzlich noch eine Wunde am linken Unterarm zugelegt, die aus einem rechteckigen etwa $1^1/_2 \times 2^1/_2$ cm großen Eiterpfropfen bestand. Nach seiner Angabe war diese Armwunde die Folge einer Lostgasvergiftung aus dem 2. Weltkrieg. Fest steht jedoch, daß im 2. Weltkrieg von keiner der kriegführenden Mächte Gas verwendet wurde. Fest steht ferner, daß der Patient, wenn er eine derartige Gasvergiftung erlitten hätte, nach 5 Jahren, spätestens nach 10 Jahren, tot gewesen wäre, weil sich in der Zwischenzeit sein Lungengewebe zersetzt hätte. Der Patient hatte sich diese — für den Beschauer — gräßliche Wunde dadurch zugefügt, daß er die Haut durch fleißiges Kratzen entfernt und jede Neubildung der Haut verhindert hatte. Dieser Patient hat es auch fertiggebracht, das Sputum eines schwer Tbc.-Kranken in den Mund zu nehmen, um dadurch selbst eine Tbc.-Krankheit vorzutäuschen. Dieser Fall wurde deshalb in aller Ausführlichkeit erwähnt, um zu zeigen, welche Täuschungsmanöver von den Patienten angewandt werden, um in den Besitz von Opiaten zu kommen.

Erwähnenswert ist noch der Fall Sp., einer Ehefrau, die im Laufe von etwa $1^1/_2$ Jahren 20 verschiedene Ärzte unter den verschiedensten Namen aufgesucht hat, um sich Opiate verschreiben zu lassen. Auch diese Patientin hatte zwischenzeitlich eine kurze private Entziehungskur von 4 Wochen Dauer durchgemacht, bevor ihre strafbaren Handlungen bekannt wurden.

In diesem Zusammenhang sind die Entscheidungen des Reichsgerichts RGSt Bd. 73 S. 392—393 und die Entscheidungen des Oberlandesgerichts Celle vom 4. 11. 1949 — Ss 424/49 — und des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 3. 11. 1949 — Ss 408/49 — anzuführen, die den Bezug von Opiaten auf erschlichene Rezepte als Vergehen nach dem Opiumgesetz ansehen.

Das OLG. Hamburg hat in seinem Urteil vom 4. 11. 1949 — Ss 424/49 —, abgedruckt in der Monatsschrift für Deutsches Recht, Heft 3, März 1950, den entgegengesetzten Standpunkt vertreten. Gegen diese Entscheidung des OLG. Hamburg hat v. Weber in der Süddeutschen Juristen-Zeitung Nr. 6 vom Juni 1950 Stellung genommen. Es ist hier nicht der Ort, sich im einzelnen mit der Entscheidung des OLG. Hamburg auseinanderzusetzen. Es muß der Hinweis genügen, daß keine zwingenden Gründe gegen die Auslegung des § 10 Abs. 1 Ziff. 1 des Opiumgesetzes sprechen, wie sie vom Reichsgericht und den Oberlandesgerichten Celle und Düsseldorf vorgenommen wird. Im Sinne des Gesetzes liegt es vielmehr, daß die Rauschgiftsucht und alle Möglichkeiten, unkontrolliert an Rauschgifte zu gelangen, mit allem Nachdruck bekämpft werden. Jede Kontrolle versagt aber, wenn der Rauschgiftsüchtige die Möglichkeit erhält, durch Aufsuchen einer Vielzahl von Ärzten sich den erforderlichen »Betriebsstoff« zu verschaffen.

Weitere Mittel, um an Opiate zu gelangen, bestehen darin, daß der Patient sich selbst Rezeptformulare druckt bzw. drucken läßt, die mit dem Kopfbogen eines praktizierenden Arztes versehen sind und dessen Anschrift der Patient aus dem Telefonbuch ersehen hat. Diese Rezepte sind relativ häufig. Zum Teil fertigt sich der Patient die Vordrucke unter Zuhilfenahme eines Kinderdruckkastens an, zum Teil läßt er sie sich in Ost-Berlin herstellen.

Daneben werden häufig Rezepte von Ärzten dadurch verfälscht, daß der Patient auf dem Originalrezept noch ein Opiat oder das Weckamin Pervitin hinzusetzt oder aber die ursprüngliche Verschreibung durch Radieren oder andere Manipulationen unkenntlich macht und dann entsprechend verfälscht.

Des öfteren werden den Ärzten auch blankounterschriebene oder nicht ausgefüllte Rezeptformulare entwendet und später von den Patienten auf Opiate ausgefüllt.

In allen diesen Fällen liegt eine strafbare Handlung vor, nämlich ein Vergehen gegen das Opiumgesetz, eine Urkundenfälschung, ein Diebstahl und, wenn die Krankenkasse geschädigt wird, der Tatbestand des Betruges.

In West-Berlin wird in den letzten Jahren die Praxis befolgt, daß wegen der in Frage kommenden strafbaren Handlung Anklage vor dem Schöffengericht erhoben wird. Im Ermittlungsergebnis wird jeweils darauf hingewiesen, daß nach dem Gutachten des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin bzw. nach dem Gutachten des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB gegeben seien und daß es weiteren Beobachtungen und dem in der Hauptverhandlung zu erstattenden Gutachten vorbehalten bleiben müsse, ob darüber hinaus auch die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 StGB vorliegen. Es liegt auf

der Hand, daß auf Grund einer einmaligen Begutachtung in einem dieser Institute — auch wenn die Untersuchung sich über 2 Stunden erstreckt — eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist. Unterbringungsanträge gemäß § 429a StPO, die an die Große Strafkammer zu richten wären, sind in den letzten Jahren nicht gestellt worden. In der Hauptverhandlung vor dem Schöffengericht bleibt stets noch die Möglichkeit — falls der Sachverständige die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 StGB und die des § 42b StGB für gegeben erachtet —, die Freisprechung des Angeklagten aus § 51 Abs. 1 StGB und seine Unterbringung in eine Heil- oder Pflegeanstalt zu beantragen. Sieht der Sachverständige die Voraussetzungen der §§ 51 Abs. 2 StGB und 42b StGB für erfüllt an, so wird in der Regel neben einer verhältnismäßig geringfügigen Gefängnisstrafe von etwa 3 Monaten die Unterbringung beantragt.

Im folgenden soll zu zwei Problemen Stellung genommen werden, die in der Praxis nicht einheitlich beurteilt werden.

1. Die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 StGB liegen nach hiesiger Auffassung, die von den Gerichten und den Sachverständigen geteilt wird, immer dann vor, wenn die Abhängigkeit von dem Betäubungsmittel so erheblich ist, daß sie einer Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes gleichkommt und daß der Täter infolgedessen unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Die Erfahrung hat gezeigt, daß derjenige, der der Rauschgiftsucht verfallen ist, alle Hemmungen verliert und nur noch bestrebt ist — auf welche Art auch immer —, in den Besitz von Betäubungsmitteln zu kommen. Bei den rd. 300 Unterbringungssachen, die im Laufe von 5 Jahren in West-Berlin bearbeitet worden sind, hat sich dies immer wieder bestätigt. Die Bestimmung des § 51 Abs. 1 StGB bzw. in milderen Fällen die des § 51 Abs. 2 StGB findet allerdings nur auf solche Straftaten Anwendung, die der Patient in seinem Suchtzustand oder zur Erlangung von Betäubungsmitteln begeht.
2. § 42b StGB greift dann ein, wenn die öffentliche Sicherheit die Unterbringung des Betroffenen erfordert. Wer die Rechtsprechung des Reichsgerichts und des Bundesgerichtshofs kennt, weiß, daß die obersten Gerichte nur sehr zögernd an die Anwendbarkeit des § 42b StGB herangehen. Bei Berücksichtigung der Mentalität der Rauschgiftsüchtigen muß jedoch in den meisten Fällen mit aller Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden, daß weitere Straftaten von dem Rauschgiftsüchtigen zu erwarten sind. Die von ihm begangenen Delikte sind symptomatisch für die künftige Gefährlichkeit des Täters. Die Gefahr weiterer strafbarer Handlungen kann auch nicht dadurch verhindert werden, daß der Rauschgiftsüchtige sich der freiwilligen Überwachung durch das Gesundheitsamt oder durch seine Familie unterzieht. Wir haben es immer wieder erleben müssen, daß alle Versprechungen des Süchtigen, sich in Zukunft der Einverleibung von Rauschgiften zu enthalten, und alle Zusagen der Familienangehörigen, über den Patienten zu wachen, ohne jede Bedeutung sind.

Wenn in der höchstrichterlichen Rechtsprechung weiter verlangt wird, daß es sich um erhebliche Straftaten handeln muß, so steht m. E. diese Forderung des Reichsgerichts in RGSt Bd. 73 S. 305 nicht in Widerspruch mit der von den West-Berliner Gerichten geübten Praxis. Es hat sich immer wieder gezeigt, welche Unruhe und welcher Schaden für den Täter, seine Familie und für die Allgemeinheit dadurch angerichtet wird, daß unkontrolliert über längere Zeiträume hindurch Opiate verbraucht werden. Mit allem Nachdruck muß in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden, daß leider die Angehörigen der Medizinalberufe (Ärzte, Ärztinnen und Krankenschwestern) den Hauptanteil der in West-Berlin anfallenden Süchtigen ausmachen. Krankenpfleger sind in West-Berlin kaum in Erscheinung getreten. In einem einzigen Fall ist in den letzten 5 Jahren ein süchtiger Apotheker, der noch dazu Industrieapotheker war, bekanntgeworden. Die Angehörigen der Medizinalberufe stellen aber, wenn sie der Rauschgiftsucht verfallen sind, eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinheit und damit für die öffentliche Sicherheit dar. Sie injizieren sich nicht nur selbst kritiklos Betäubungsmittel, sondern sie sind genau so kritiklos bei der Verschreibung und Abgabe von Betäubungsmitteln an ihre Patienten.

Der Fall eines gewissen L., der eine merkwürdige Schocktherapie erfunden hatte, dürfte hierfür symptomatisch sein. Er fing damit an, sich Morphin in einer Menge einzuverleiben, die er so eben noch lebend überstehen konnte. An den folgenden Tagen machte er an sich »Kontrolluntersuchungen«, in denen er sich wenige Ampullen Morphin injizierte, um festzustellen, wie sein Körper auf diese Opiatzufuhr reagierte und ob sich inzwischen ein Widerwille gegen die Opiate eingestellt hätte. Seine Experimente wiederholte er dann mit dem Betäubungsmittel »Dolantin« und später mit dem Mittel »Polamidon«. Es dürfte klar sein, daß dieser Arzt nach den jeweiligen Selbstversuchen niemals völlig betäubungsmittelfrei war. Seine Schocktherapie ist von ihm offensichtlich

nur ins Feld geführt worden, um seinen Opiatverbrauch zu bemänteln und wissenschaftlich zu verbrämen. Hinsichtlich der Höchstmengen, die er sich an bestimmten Tagen injiziert haben will, waren wir lediglich auf seine Angaben angewiesen.

Bei anderen Ärzten hat die Polizei in den Praxen zum Teil chaotische Zustände vorgefunden. Ein Arzt saß im Adamskostüm an seinem Schreibtisch, um so die Patienten abzufertigen. Bei einer Tierärztin ergab sich ein Bild, wie es von dem Maler Zille nicht prägnanter hätte geschildert werden können. Die einfachste Hygiene war in dieser Praxis völlig außer acht gelassen. Die Ärztin selbst konnte sich aus eigener Kraft kaum noch vorwärtsbewegen und fiel durch ihre lallende Sprache auf. Der Schutz der Allgemeinheit verlangt es, daß Süchtige so lange aus einem derart verantwortungsvollen Beruf entfernt werden, bis sie die erforderliche Selbstkritik und Selbstkontrolle zurückerlangt haben. Hinter dem Schutz der Allgemeinheit muß die Einzelperson zurücktreten, wenn sie jeden sittlichen Halt verloren hat.

Nicht außer acht gelassen werden darf, daß die Rauschgiftsüchtigen sich untereinander kennen und dazu neigen, neue Partner zu gewinnen. Müller-Heß hat in einem in der Deutschen Zeitschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 41 S. 345 bis 359, abgedruckten Aufsatz »Gesetzliche Bestimmungen zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht und deren Reformbedürftigkeit« darauf hingewiesen, daß der Rauschgiftsüchtige einen Ansteckungsherd bildet, den einzudämmen sowohl im Interesse des einzelnen als auch der Allgemeinheit liegt. Es muß immer wieder festgestellt werden, daß durch haltlose und der Rauschgiftsucht verfallene Medizinalpersonen nicht nur die Ehefrau, sondern auch die Patienten gefährdet werden. Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, daß der Suchtkranke in seinem Suchtzustand zu Fehlleistungen neigt, Fehldiagnosen stellt und dadurch das Leben seiner Patienten gefährdet. Der süchtige Arzt oder die süchtige Krankenschwester werden großzügig in der Handhabung der Spritze und bei der Behandlung fremder und eigener Leiden. Im Interesse der öffentlichen Sicherheit dürfen deshalb die Anforderungen für das Vorliegen der Voraussetzungen des § 42 b StGB nicht überspannt werden.

Nach § 42 c StGB kann jemand, der gewohnheitsmäßig berauschende Mittel zu sich nimmt und wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das er im Rausche begangen hat oder das mit einer solchen Gewöhnung in ursächlichem Zusammenhang steht oder wegen Volltrunkenheit (§ 330 a StGB) zu einer Strafe verurteilt wird, in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden. Diese Bestimmung findet aber gerade dann keine Anwendung, wenn die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 StGB gegeben sind und eine Verurteilung zu einer Strafe nicht erfolgt. Sie ist zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht und für die Herbeiführung einer wirksamen Entziehung auch insoweit nicht als ausreichend anzusehen, weil nach § 42 f StGB die Dauer der Unterbringung zwei Jahre nicht übersteigen darf.

In West-Berlin lebt ein gewisser L. — nicht identisch mit dem vorhin erwähnten Arzt L. —, der sich zur Zeit zum 20. Male in einer Heil- oder Pflegeanstalt befindet und trotz langdauernder Entziehungskuren immer wieder rückfällig wird. Außer diesem L. gibt es in West-Berlin mindestens 2 Dutzend Rauschgiftsüchtige, die in mehr oder weniger kurzen Intervallen immer wieder in die Heil- oder Pflegeanstalt zurückkehren. Die Zweijahresfrist des § 42 f StGB wäre bei diesen Patienten längst überschritten. Die Wirksamkeit der Kontrollmaßnahmen erweist sich bei ihnen zwar als gewisses Hemmnis, vermag aber den Rückfall in die Sucht nicht zu verhindern.

Die Gefahren, die der Allgemeinheit durch die Rauschgiftsucht erwachsen, werden augenfällig, wenn wir uns die Zahlen veranschaulichen, die in der Statistik der Bundesopiumstelle für das Jahr 1954 mitgeteilt werden. Danach sind am 31. 12. 1954 im Bundesgebiet und in West-Berlin 5228 Rauschgiftsüchtige erfaßt worden. 20 % von ihnen gehören den Gesundheitsberufen an. Diese Zahlen mögen, gemessen an der Zahl der Trunksüchtigen, zunächst niedrig erscheinen. Wir dürfen jedoch nicht verkennen, daß die Rauschgiftsucht, wenn sie erst einen Menschen gepackt hat, viel schwerer zu beseitigen und zu bekämpfen ist als die Trunksucht. Die Suchtbekämpfung ist, wie Müller-Heß in dem bereits zitierten Aufsatz hervorgehoben hat, ebenso ein öffentliches Anliegen wie etwa die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wer jahrelang die der Rauschgiftsucht Verfallenen aus nächster Nähe beobachtet hat, wird die Feststellung haben treffen müssen, daß der geistige und körperliche Abbau dieser Personen bei jedem Rückfall in die Sucht immer größere Fortschritte macht.

Als Beispiel soll nur der Fall eines Handelsvertreters erwähnt werden, der in den Wittenauer Heilstätten untergebracht und nach einer etwa 6 Monate dauernden Entziehungskur beurlaubt wurde. Die während des Urlaubs durchgeführten Kontrolluntersuchungen ergaben immer wieder einen auf Opiate verdächtigen — bisweilen positiven — Befund. Dieser Patient verstand es aber mit Hilfe

seines Anwaltes, sich längere Zeit hindurch der erneuten Unterbringung in den Wittenauer Heilstätten zu entziehen. Als er schließlich nach fast 2 Jahren wieder in der Anstalt untergebracht werden konnte, mußte er bereits nach 4 Tagen in ein Krankenhaus verlegt werden, und am darauffolgenden Tage konnte der Stationsarzt nur noch seinen Tod feststellen. Der Patient hatte sich, wie die späteren Ermittlungen ergaben, täglich bis zu 40 Ampullen Polamidon intravenös eingespritzt. Sein Tod war auf völlige Vergiftung seines Blutes und dadurch bewirkte Kreislaufstörungen zurückzuführen. Bei seiner erneuten Einlieferung in die Wittenauer Heilstätten wies seine Haut eine grünlich-gelbe Farbe auf.

Nicht weniger tragisch war der Tod einer Ärztin in einem Krankenhaus. Sie befand sich dort wegen einer an sich nicht lebensgefährlichen Erkrankung. Abend für Abend erhielt sie den Besuch ihres Gatten, eines Arztes, der zu dieser Besuchsstunde regelmäßig eine Flasche Sekt und eine Flasche Wermutwein mitbrachte. Die Krankenschwestern fanden nichts an diesen täglichen Zusammenkünften. Sie erschraken erst, als sie eines Morgens die Patientin tot in ihrem Bett vorfanden. Sie wurde in sitzender Stellung aufgefunden. Ihr Körper war nach vorne übergesunken. Bei der Sektion wurden später zahlreiche Injektionsstellen festgestellt. Die Patientin war stark polamidonsüchtig. Die Wirkung des Polamidons war durch den Genuß des Alkohols noch erheblich gesteigert worden.

Die in West-Berlin geübte Unterbringungspraxis vollzieht sich im einzelnen wie folgt:

Stellt die Kriminalpolizei fest, daß jemand auffällig viele Opiatrezepte in den Apotheken einlöst, so vernimmt sie den Verdächtigen unter Vorhalt der angefallenen Rezepte. Gibt der Betroffene zu, von Betäubungsmitteln abhängig zu sein und besteht weiter der Verdacht, daß er sich diese Mittel durch strafbare Handlungen (Urkundenfälschung, Rezeptdiebstähle usw.) verschafft hat, so führt sie ihn einem der West-Berliner Institute für gerichtliche und soziale Medizin vor. Nach gründlicher körperlicher und psychiatrischer Untersuchung wird der Betroffene mit den Akten und einem vorläufigen gerichtsmedizinischen Gutachten dem Vernehmungsrichter vorgeführt, der gegen ihn einen einstweiligen Unterbringungsbefehl gemäß § 126a StPO erläßt. Voraussetzung dieses vorläufigen Unterbringungsbefehls ist, daß der Patient eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen hat und daß seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden wird. Der Richter hat hierbei zu prüfen, ob die öffentliche Sicherheit die einstweilige Unterbringung erfordert. Soweit der Begriff der öffentlichen Sicherheit zur Erörterung steht, darf auf die früheren Ausführungen Bezug genommen werden.

Zu bemerken ist noch, daß Voraussetzung des vorläufigen Unterbringungsbefehls gemäß § 126a StPO nicht eine bestehende Flucht- oder Verdunkelungsgefahr ist. Eine Freilassung des Betroffenen gegen Sicherheitsleistung ist ausgeschlossen.

Es ist unbedingt erforderlich, daß Ermittlungsverfahren, in denen ein vorläufiger Unterbringungsbefehl erlassen wurde, mit größter Beschleunigung bearbeitet werden. Einmal handelt es sich um einen Entzug der persönlichen Freiheit des Betroffenen, der nicht länger dauern soll als es unbedingt erforderlich ist, zum anderen ist zu bedenken, daß durch eine lässige Bearbeitung nur erreicht wird, daß der Verteidiger des Betroffenen im Hauptverhandlungstermin mit Recht darauf hinweisen kann, nach so langer Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt sei die öffentliche Sicherheit durch den Betroffenen nicht mehr gefährdet.

Es ist weiter zu beachten, daß die Entziehungserscheinungen, soweit sie überhaupt feststellbar sind, nur wenige Tage andauern. Die vor Jahrzehnten beobachteten schweren Entziehungserscheinungen sind heute kaum jemals feststellbar. Das mag daran liegen, daß die pharmazeutische Industrie ihre Präparate immer mehr verfeinert und sie von den Stoffen freigemacht hat, die besonders schwere Ausfallserscheinungen zeigten. Zur Zeit sind im allgemeinen als Entziehungserscheinungen nur eine gesteigerte motorische Unruhe und Schlaflosigkeit festzustellen. Hinzu kommen in einigen Fällen eine lallende Sprache und eine gewisse Unorientiertheit. Die Fälle, in denen den Betroffenen vom Gerichtsarzt noch mehrere Opiatinjektionen verabreicht werden müssen, um einen Kollaps zu vermeiden, sind relativ selten. Diese Fälle zeigen dann aber auch mit aller Deutlichkeit die völlige Haltlosigkeit des Rauschgiftsüchtigen.

Zum besseren Verständnis sei der Fall des Sch. erwähnt, der in einem trostlosen, völlig abgemagerten Zustand dem Institut von Müller-Heß vorgeführt wurde. Dieser Patient riß dem untersuchenden Arzt die mit Polamidon gefüllte Spritze aus der Hand, um sich selbst eine Injektion zu machen. Die Gier des Patienten nach Betäubungsmitteln war so groß, daß er mehrfach die Vene nicht traf, ein kleines Blutbad bei sich anrichtete und erst nach der 3. oder 4. Injektion ruhiger wurde.

Bemerkenswert ist bei allen vorläufig Untergebrachten auch der Umstand, daß sie in einem reduzierten Gesundheitszustand in die Heil- oder Pflegeanstalt eingeliefert werden und nach 2 bis 3 Monaten Gewichtszunahmen bis zu 20 und 30 Pfd. zu verzeichnen haben.

Der gerichtsärztliche Sachverständige hat den Betroffenen vor der Hauptverhandlung auf seinen körperlichen und geistigen Zustand zu untersuchen und zu prüfen, ob die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt notwendig erscheint. Zur rechtlichen Beurteilung dieser Frage wird auf die Rechtsprechung des Reichsgerichts (RGSt Bd. 68 S. 198 und 327 und Bd. 69 S. 129 und 133) verwiesen. *)

In der Praxis wird von der Verteidigung in der Hauptverhandlung immer wieder der Einwand gemacht, daß der Betroffene inzwischen völlig geheilt und daher seine Unterbringung nicht mehr erforderlich sei. Es dürfte daher zweckmäßig sein, zum Hauptverhandlungstermin auch den behandelnden Anstaltsarzt zu laden, der sich als Sachverständiger gutachtlich über das Verhalten des Betroffenen in der Anstalt äußern kann.

In seiner Entscheidung vom 3. Mai 1950 — 1 Ss 87/50 — hat der Strafsenat des Kammergerichts zutreffend ausgeführt, daß bei Unzurechnungsfähigen für die Beurteilung der Frage, ob die Unterbringung erforderlich sei, die Zeit des Erlasses der Entscheidung maßgeblich sei. Es kommt daher darauf an, daß die Anklageerhebung, die Eröffnung des Hauptverfahrens und der Hauptverhandlungstermin der einstweiligen Unterbringung auf dem Fuße folgen. Es ist auch unbedingt erforderlich, daß hierzu der gerichtsärztliche Sachverständige und gegebenenfalls — wie bereits oben ausgeführt — der Stationsarzt der Heil- oder Pflegeanstalt geladen wird.

Spricht das Gericht den Betroffenen aus § 51 Abs. 1 StGB frei und ordnet es seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an, so kann mit Sicherheit erwartet werden, daß unmittelbar nach dem Urteil von dem Betroffenen bzw. seinem Verteidiger Anträge auf Beurlaubung bzw. bedingte Entlassung gestellt werden.

Die Urlaubsanträge sind mit aller Zurückhaltung zu behandeln. Es muß immer wieder festgestellt werden, daß der Betroffene, der zur Regelung seiner persönlichen Verhältnisse einen Urlaub von 3 Tagen oder 1 Woche haben will, am Tage nach dem Urlaub bei dem Sachbearbeiter erscheint, um eine Urlaubsverlängerung zu erwirken. Ist der Betroffene aber einmal für längere Zeit beurlaubt worden, so wird man schwerlich seine erneute Unterbringung in der Heilanstalt bewirken können, weil er dann keine Gefährdung für die öffentliche Sicherheit mehr darstellt. Der Erfolg dieser Taktik kommt darin zum Ausdruck, daß der Betroffene gemäß § 42h StGB vom Gericht bedingt entlassen werden muß. In West-Berlin wird dem Süchtigen nach seiner Entlassung regelmäßig die Auflage gemacht, daß er sich auf Aufforderung einem der hiesigen gerichtsmedizinischen Institute vorstellen muß, daß er der Staatsanwaltschaft und dem Institut jeden Wohnungswechsel anzuzeigen hat und daß er sich keinerlei Opiate oder synthetische Analgetica, insbesondere kein Metrotonin, Preludin, Retalin und Ticarda, einverleiben darf.

Diese Aufzählung soll keine Diffamierung der pharmazeutischen Industrie sein, die diese Präparate herstellt; sie soll nur verhindern, daß der Betroffene auf andere Mittel ausweicht, die ebenfalls eine Sucht bewirken können. Betäubungsmittelsüchtige nehmen nämlich grundsätzlich jedes Medikament, von dem sie sich eine euphorisierende Wirkung versprechen. So nahm z. B. in einem Falle ein Patient täglich bis zu 90 Gelonida-Tabletten, um zu der gewünschten Wirkung zu kommen.

In der Hauptverhandlung wird von der Verteidigung auch häufig vorgebracht, daß an dem Patienten in der Heil- oder Pflegeanstalt keine therapeutischen Maßnahmen vorgenommen würden, um ihn von seiner Sucht zu heilen.

Die Frage der Behandlung von Süchtigen während der Anstaltsunterbringung ist nicht nur für die Ermittlungsbehörden und das Gericht, sondern in gleichem Umfang für die gerichtlichen Sachverständigen von Bedeutung. Zu den Angriffen, die häufig gegen Anstaltsärzte erhoben werden, weil sie sich angeblich nicht ausreichend um die Patienten kümmerten, ist nach den Erfahrungen in West-Berlin zu sagen, daß diese Ärzte mit dem größten Pflichtbewußtsein ihr Amt ausüben. Staatsminister Dr. Graf v. Posadowsky-Wehner führte einmal vor dem Reichstag aus, daß die Irrenärzte nach seiner Kenntnis Männer seien, »die ihren Pflichten unter den denkbar schwierigsten Verhältnissen mit der größten Aufopferung obliegen«. Bei aller Kritik darf nicht übersehen werden, daß die Anstaltsärzte eine Arbeitslast zu tragen haben, die normalerweise von einem Arzt kaum bewältigt werden kann. Die einzelnen Stationen sind so groß und umfangreich, daß der Arzt bei aller Mühe und Sorgfalt nicht immer jedem Patienten gerecht werden kann.

*) Vgl. BGH v. 1. 12. 1955 - 3 StR 19. 55.

Die Arbeitstherapie, die in den Anstalten vorgenommen wird, leidet zum Teil darunter, daß eine entsprechende Arbeit für den Betroffenen kaum vorhanden ist. Es wird jedoch versucht, die Patienten mit Gartenarbeiten zu beschäftigen. Daneben gibt man untergebrachten Ärzten die Möglichkeit, sich ärztlich weiterzubilden. Andere Patienten können allgemeinbildende Bücher lesen. Es soll jedoch nicht verkannt werden, daß die Arbeitstherapie in Anbetracht der geringen Möglichkeiten leicht zu einer Arbeitstheorie werden kann, insbesondere bei Angehörigen akademischer Berufe und Patienten, die geistig interessiert sind.

In Hinblick auf die personelle Besetzung der Heil- oder Pflegeanstalten ist es leider nicht möglich, eine psychotherapeutische Behandlung der Patienten vorzunehmen. Hierzu wäre m. E. erforderlich, daß für die Rauschgiftsüchtigen eine eigene Anstalt errichtet werden würde. Bei der geringen Anzahl von Anstaltsärzten und der Vielzahl von Anstaltspatienten läßt sich jedoch eine derartige Behandlung zur Zeit nicht durchführen. Zu bedenken ist auch, daß sich eine psycho-therapeutische Behandlung über einen längeren Zeitraum erstrecken müßte und viel Geduld und Ausdauer seitens des behandelnden Arztes erfordern würde. Abgesehen hiervon dürften Zweifel angebracht sein, ob die der Rauschgiftsucht Verfallenen auch wirklich die ernsthafte Absicht haben, sich heilen lassen zu wollen.

Mitunter wird auch die Frage diskutiert, ob eine Heilung von der Rauschgiftsucht durch Hypnose möglich sei. Das Bedenkliche an einem solchen Verfahren wäre, daß der Patient seinen eigenen Willen zum großen Teil verlieren würde und überdies in dem Augenblick gefährdet wäre, wenn der Einfluß des Hypnotiseurs aufhören und die Umwelteinflüsse ungehemmt auf ihn einstürmen würden.

In den Vereinigten Staaten (Lexington) ist ein eigenes Krankenhaus für Rauschgiftsüchtige errichtet worden, das rund 1500 Suchtkranke aufnehmen kann. Die Erfahrungen, die in diesem Hause gesammelt werden, bleiben abzuwarten.

Von der Firma Deutsche Hoffmann-La Roche AG. wurde in jüngster Zeit das Allylderivat Ro 1 — 7700 herausgebracht, das — als Mischinjektion verwendet — dem Morphin seine unerwünschten Nebenerscheinungen, insbesondere seine suchtmachende Wirkung, nehmen soll. Dieses Präparat wird m. W. zur Zeit in den Universitätskliniken Berlin und Hamburg erprobt. Das Ergebnis dieser Versuche bleibt ebenfalls abzuwarten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß wir mit dem in West-Berlin geübten Verfahren gewisse Erfolge erzielt haben und daß ein nicht unerheblicher Teil von Süchtigen von ihrer Sucht befreit worden ist. Voraussetzung hierfür ist jedoch immer, daß die Entziehungskur von entsprechender Dauer ist, daß der Patient selbst über den entsprechenden Besserungswillen verfügt und daß die Kontrolluntersuchungen ständig durchgeführt werden. Die Zeit der Kontrolluntersuchungen mag für den Patienten zunächst unangenehm, ja peinlich sein. Sie sind aber unbedingt erforderlich, um die Gewähr dafür zu haben, daß der Patient nicht rückfällig wird und sich von Opiaten oder irgendwelchen Ersatzmitteln fernhält.

Nur beim Zusammenwirken von Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht und Gerichtsarzt kann die Rauschgiftsucht mit Erfolg eingedämmt und die Allgemeinheit vor Schaden bewahrt werden.

Zusammenarbeit des Gerichtsarztes mit Kriminalpolizei, Staatsanwalt und Gericht bei der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte

Prof. Dr. F. Wiethold, Frankfurt a. M.

Bei der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte fallen dem Arzt, speziell dem Gerichtsarzt, wichtige Aufgaben zu. Das durch das Opiumgesetz geschützte Rechtsgut ist die Volksgesundheit, die durch den Mißbrauch von Rauschgiften bedroht wird. Diese hinwieder sind mit wenigen Ausnahmen wichtige und unentbehrliche Arzneimittel, deren Herstellung und Anwendung man nicht einfach verbieten kann. Wann sie vom ärztlichen Standpunkt aus angebracht, wann sie gefährlich oder gar gesundheitsschädlich sind, muß vom medizinischen Sachverständigen beurteilt werden. Fast alle Rauschgiftdelikte lassen sich mittelbar oder unmittelbar auf einen durch körperliche und seelische Störungen verursachten Hang nach der betreffenden Droge zurückführen. Erst diese Sucht — eine ansteckende Krankheit mit schweren sozialen Schäden — gibt uns das Recht und macht es uns zur Pflicht, die Rauschgiftdelikte zu bekämpfen. Der zum Betäubungsmittelmißbrauch neigende Mensch, der Suchtkranke bzw. der Suchtdisponierte, bildet den Krankheitsherd. Ohne ihn gäbe es keinen Schleichhandel oder Schmuggel mit Rauschgiften. Diesen Krankheitsherd ausfindig zu machen, zu diagnostizieren, zu isolieren und zu sanieren ist eine ärztliche Aufgabe, die unter Anwendung der uns zur Verfügung stehenden Gesetze zu erfüllen ist. Im Grunde handelt es sich also um Diagnose, Prognose, Therapie und Prophylaxe einer Krankheit, die sich nur durch ihre besonderen rechtlichen und sozialen Auswirkungen von den rein individuellen Gesundheitsstörungen unterscheidet und insofern Ähnlichkeit mit den Geschlechtskrankheiten oder Seuchen hat, gegen die wir uns auch durch besondere gesetzliche Vorschriften zu schützen suchen. Die Tatsache, daß der Suchtkranke meist auch Rauschgiftdelinquent ist, ist für den medizinischen Charakter dieser Sonderstraftat bezeichnend.

Im Mittelpunkt der Straftat steht der krankmachende Stoff, gleichzeitig das corpus delicti, die suchtgefährdende Droge. Wird seitens der Kriminalpolizei in dieser Richtung verdächtiges Material im Besitze Unberufener gefunden, so kann die Identifizierung eine gerichtsärztliche Aufgabe sein, wenn nicht andere Sachverständige dafür zur Verfügung stehen. Da über die Pharmakologie der Rauschgifte und Betäubungsmittel im Rahmen dieser Arbeitstagung bereits gesprochen wurde, soll hier lediglich noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die pharmakognostischen Methoden bei den Rohstoffen für ein Rauschgift — den Pflanzendrogen — auch in botanischen und mikrobiologischen Untersuchungsverfahren bestehen können. Damit kann man gegebenenfalls nicht nur in irgendeinem »Waschküchen-Laboratorium« das Rohmaterial für die Herstellung von Betäubungsmitteln rechtzeitig vor seiner Verarbeitung leicht und sicher erfassen[1]), sondern auch manchmal das Endprodukt, z. B. die Marihuana-Zigarette, in der sich die Pflanzenfasern des indischen Hanfs mikroskopisch sehr viel rascher und leichter nachweisen lassen als das Cannabinol, das wirksame Prinzip der Droge. Eine erhebliche Rolle spielen in Mitteleuropa, speziell im Bundesgebiet, die Rohstoffe der Rauschgifte nicht. Bei den einschlägigen Verfehlungen handelt es sich fast ausschließlich um die mißbräuchliche Anwendung bewährter und unentbehrlicher Arzneien.

Es darf nicht verschwiegen werden, daß am Anfang der Entwicklung einer Sucht fast stets die unbesonnene ärztliche Verordnung eines Betäubungsmittels steht. Der suchtgefährdete Mensch, der potentielle Suchtkranke, braucht nur in einer besonders empfänglichen körperlichen und seelischen Situation, in einem Leidenszustande, die Wirkungen des Rauschgiftes eindrucksvoll und nachhaltig zu erleben, um dem unheilvollen Prozeß der Gewöhnung an die Droge und des von ihr Abhängig-

[1]) Aus dem »Stroh« unseres feldmäßig angebauten Mohns könnte man eine Reihe von Alkaloiden gewinnen. Das scheint sich jedoch für eine illegale Produktion nicht zu lohnen. Der seriösen pharmazeutischen Industrie stehen bessere Rohstoffquellen zur Verfügung.

werdens zu verfallen. In Anbetracht dieser Tatsache wurde den Ärzten durch die Verschreibungsverordnung vom 19. 12. 1930 größte Vorsicht, Sorgfalt und Zurückhaltung bei der Verordnung von Betäubungsmitteln zur Pflicht gemacht. § 6 der Verschreibungsverordnung bestimmt, daß diese Arzneien nur von Ärzten und nur dann verschrieben werden dürfen, wenn ihre Anwendung ärztlich begründet ist. Die Entscheidung darüber, wann dies der Fall ist, hat der Gesetzgeber ärztlichen Instanzen überlassen. Es wird ausdrücklich auf die Richtlinien des Danziger Ärztetages vom Jahre 1928 hingewiesen, die seitdem laufend ergänzt und den Fortschritten der Forschung angepaßt wurden. Seit 1930 wurden immer mehr Medikamente, vor allem synthetische Ersatzmittel der Alkaloide, in die Liste der Betäubungsmittel aufgenommen. Die Richtlinien des Danziger Ärztetages und deren Ergänzungen sind damit für den Arzt praktisch Gesetz geworden, allerdings mit der Einschränkung, daß sie Auslegungen und Deutungen einen gewissen Raum lassen. Das ist bei dem Wesen der Krankheit als einem nie stillstehenden biologischen Prozeß und bei der Einzigartigkeit jedes kranken Individuums nicht anders möglich. Auch im Hinblick auf den ständigen Fortschritt der ärztlichen Wissenschaft können die Richtlinien keine starren Dogmen und unfehlbare Unterscheidungsmerkmale für indizierte oder nicht indizierte Betäubungsmittelverordnungen sein. Da die spezielle Erörterung dieses Problems dem Schlußreferat vorbehalten ist, soll aus dem gerichtsärztlichen Erfahrungsbereich nur kurz folgendes hervorgehoben werden: Während es zur Zeit des Danziger Ärztetages noch keineswegs allgemein bekannt war, daß man mit Hilfe von Morphium die gesamten Verbrennungsvorgänge in einem Organismus, der infolge mangelhafter Leistungsfähigkeit des Kreislaufapparates nicht genügend mit Sauerstoff versorgt wird, drosseln kann, weiß man jetzt, daß Morphiumgaben bei Sauerstoffnot des Herzens oder Gehirns geradezu lebensrettend wirken können. Insofern entsprechen die Danziger Richtlinien von 1928 unseren heutigen therapeutischen Anschauungen nicht mehr. Bei Herzkrankheiten ist das Indikationsgebiet für Morphium erweitert worden, während es in anderer Richtung erheblich eingeengt werden konnte.

Wenn es auch keine festen Normen für die Anwendung von Betäubungsmitteln gibt, so sind doch eindeutige Verstöße gegen den § 6 der Verschreibungsverordnung meist mit hinreichender Sicherheit nachweisbar, selten allerdings lediglich auf Grund der Patienten-Karteikarte des Arztes oder der Zeugenaussage des Kranken, sondern fast stets nur durch eine sorgfältige und mühevolle Rekonstruktion des Krankheitsgeschehens im einzelnen Falle. Ein Einwand ist mir in den letzten Jahren wiederholt begegnet, nämlich die Behauptung des beschuldigten Arztes, die von ihm verschriebenen, relativ großen Mengen von Betäubungsmitteln zu wissenschaftlichen Versuchen benutzt zu haben. In dieser Hinsicht muß auf § 1 Abs. 3 der Verordnung über Zulassung zum Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 1. 4. 1930 hingewiesen werden, wonach Betäubungsmittel zu wissenschaftlichen Experimenten nur dann verwendet werden dürfen, wenn die zuständige Behörde dazu eine ausdrückliche Erlaubnis erteilt hat. Noch kürzlich hat der Bundesgerichtshof in einem Verfahren gegen den Leiter eines medizinisch-diagnostischen Instituts entschieden, daß dessen Verschreibung und Verwendung von Pervitin zur Verhinderung des Kollapses der Meerschweinchen bei der Herzpunktion ungesetzlich sei. Er führt in der Begründung u. a. aus: »Die Gefahr eines Mißbrauchs der Rauschgifte liegt nicht fern, wenn solche Mittel zu Versuchszwecken ohne die Sicherungen des Gesetzes verwandt werden dürfen« (Entsch. d. BGH in Strafs. 7. Bd. S. 248 ff). Es ist zu vermuten, daß eine solche Schutzbehauptung oft nur den Versuch des betreffenden Arztes darstellt, seinen eigenen suchtbedingten Bedarf an Betäubungsmitteln zu rechtfertigen.

In krassen Fällen einer gedankenlosen Dauerverschreibung von Betäubungsmitteln für einen Suchtkranken könnte man vom ärztlichen und juristischen Standpunkt aus nicht nur einen Verstoß gegen § 6 der Verschreibungsverordnung, sondern auch eine fahrlässige Körperverletzung vertreten. Die Fahrlässigkeit ist in der Sorglosigkeit zu erblicken, mit welcher der Arzt sich vom Suchtkranken täuschen und eine Pseudoindikation aufdrängen läßt, während die Körperverletzung darin besteht, daß es einem Suchtkranken durch die unbegründeten Morphiumrezepte zu seinem gesundheitlichen Nachteil ermöglicht wird, einer Entziehungsbehandlung so lange auszuweichen, bis er körperlich und seelisch ruiniert ist. Dieser Körperschaden läßt sich bei dem Vergleich eines früheren ärztlichen Befundes vor der Sucht oder in deren Anfangsstadium mit demjenigen Zustande, in welchem sich der Kranke bei der endlich und viel zu spät erfolgten Aufnahme in eine Entziehungsanstalt befindet, unschwer nachweisen. Auch das fahrlässige Verschulden der objektiv unbegründeten Verschreibung liegt meist auf der Hand. Schwieriger wird es sein, den Kausalzusammenhang zwischen dem pflichtwidrigen Verhalten des Arztes und dem heruntergekommenen Zustand des Suchtkranken zu beweisen, da nicht zu leugnen ist, daß Suchtkranke einer Entziehungsbehandlung in

der Regel bis zum äußersten auszuweichen trachten[2]). Dieser fehlende Gesundungswille ist auch der Grund dafür, daß die Heilung der Rauschgiftsüchtigen auf so große Schwierigkeiten stößt. Unseren Bemühungen, die Nachfrage nach Rauschgiften durch Heilbehandlung der Suchtkranken auf das ärztlich gebotene Maß einzuschränken, stehen an sich ausreichende gesetzliche Mittel zur Verfügung. Es ist für die Kriminalpolizei meist nicht schwer, einem Suchtkranken eine Straftat nachzuweisen. Wird ein solcher der Rezeptfälschung, des Rezeptdiebstahls, der Täuschung eines Arztes oder einer anderen Verfehlung überführter Mensch dem Gerichts- oder Amtsarzt zur Untersuchung zugeführt, so ist es dessen Aufgabe, eine Süchtigkeit bei ihm festzustellen. Dies geschieht durch eine körperliche und neurologische Untersuchung, durch die unauffällige Beobachtung seines Verhaltens, durch die Registrierung etwaiger Entziehungserscheinungen oder Einstichstellen. Was die letzteren angeht, so weiß der erfahrene Gerichtsarzt, daß manche Suchtkranken die Injektionsmale durch Verreiben mit Talcum unsichtbar zu machen wissen, daß andere in schwer zugänglichen Hautfalten oder Körperregionen die Einspritzungen vornehmen oder dazu sogar den Schwellkörper in der Nase benutzen, was in der Wirkung einer intravenösen Injektion entspricht. Auch bei der Urinkontrolle muß man auf Täuschungsversuche gefaßt sein, selbst oder gerade bei suchtkranken Ärzten. So versuchte einmal ein Arzt, die Harnentleerung in Gegenwart des Untersuchers dadurch vorzutäuschen, daß er aus dem geöffneten Hosenschlitz ein Fläschchen in das Uringlas entleerte, welches den Urin seiner Frau enthielt. Der chemische Nachweis von Betäubungsmitteln im Urin muß entsprechend der Ausdehnung der gesetzlichen Vorschriften auf neue synthetische Ersatzmittel stets auf dem laufenden gehalten werden. Wir sind dabei auch bemüht, alle die Störsubstanzen und Ausweicharzneien zu erfassen, denen sich der Suchtkranke zuwendet, wenn das ersehnte Rauschgift für ihn nicht mehr erreichbar ist.

Mit der Feststellung einer vorhandenen Suchtkrankheit ist für gewöhnlich auch die Frage der Zurechnungsfähigkeit mindestens i. S. des § 51 Abs. 2 StGB entschieden. Gleichzeitig muß man den Standpunkt vertreten, daß dieser Suchtkranke ohne eine zielbewußte und ausreichend lange Entziehungsbehandlung mit Sicherheit weiter gegen das Gesetz verstoßen wird, wenn man ihn seinem Schicksal überläßt. Es liegt nicht nur Wiederholungsgefahr, sondern Wiederholungsgewißheit vor. Die sofortige Einweisung in eine Nervenklinik oder in eine Heil- oder Pflegeanstalt ist vom Standpunkt der Heilbehandlung aus das einzig richtige. Häufig wird der Gerichtsarzt dem Haftrichter auch überzeugende Beweise dafür bieten können, daß die öffentliche Sicherheit eine solche Maßnahme nach den §§ 126a StPO und 42b StGB erfordert. Darin liegt jedoch die größte Schwierigkeit bei der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte. Denn die Gerichte können die Unterbringung nur dann anordnen, wenn die Voraussetzungen dieser gesetzlichen Vorschriften erfüllt sind.

Zwischen einem durch Rauschgiftsucht hochgradig verwahrlosten und heruntergekommenen Arzt, der infolgedessen seine Patienten schwer gefährdet und etwa einem Kranken mit künstlichem Darmausgang, der gelegentlich durch Einnehmen von Opiumtropfen die Darmtätigkeit regulieren muß und dabei vorübergehend einer Gewöhnung verfällt (die ihn vielleicht einmal zum unerlaubten Doppelbezug von Opiumtinktur verleitet), gibt es alle Übergänge, was den Grad der Gefährlichkeit angeht.

Grundsätzlich wird man jeden Angehörigen eines Heilberufes, also jeden Arzt, Apotheker und Pfleger, jede Krankenschwester und Hebamme als eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit ansehen müssen, wenn bei diesem Personenkreis eine Suchtkrankheit vorliegt. Dasselbe gilt von jedem anderen Beruf, welcher Verantwortung, geistige Spannkraft und Ausdauer sowie volle körperliche und geistige Leistungsfähigkeit voraussetzt. Das Wesen der Suchtkrankheit besteht darin, daß der betreffende Mensch in seiner geistigen Frische und Arbeitskraft von der ständigen Zufuhr des betreffenden Rauschgiftes völlig abhängig geworden ist, daß dabei aber Überdosierungen und Entziehungserscheinungen nicht vermeidbar sind und daß schließlich der ganze Lebensinhalt des Kranken sich auf das eine Ziel konzentriert, seinen Bedarf an Betäubungsmitteln zu decken. Bei der Schwierigkeit, die gesetzlichen Vorschriften zu umgehen, werden die meisten Suchtkranken davon so in Anspruch genommen, daß ihnen für die Erfüllung ernsthafter Berufspflichten kaum noch die erforderliche Zeit und Willenskraft zur Verfügung stehen.

M. E. dürfte beispielsweise jeder suchtkranke Kraftfahrer bereits eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit sein. Mit Recht werden Lenker von Kraftfahrzeugen, die infolge Übermüdung, körperlicher oder seelischer Indisposition u. a. m. einen Unfall verursachen, wegen fahrlässiger

[2]) Das Reichsgericht hat am 25. 3. 1932 unter 2 D 1024/31 das ständige Verschreiben von Morphium für einen Süchtigen als fahrlässige Körperverletzung angesehen, wenn der betreffende Arzt damit rechnen konnte, daß der Süchtige auch von anderer Seite Betäubungsmittel erhielt (Anselmino Hamburger, Ergänz. d. Komm. zum Opiumgesetz, 1934, S. 27).

Körperverletzung bzw. Tötung bestraft, wenn ein solcher Zustand voraussehbar war. Weiterhin wird mit stichhaltigen Gründen immer wieder bei Epileptikern, Kreislaufgeschädigten und anderen Kranken, die zu Anfällen von Bewußtseins- und Aufmerksamkeitstrübungen neigen, die Entziehung oder Verweigerung der Fahrerlaubnis gefordert. Durchaus analogen Störungen unterliegen aber Suchtkranke. Handelt es sich etwa um Pervitinsüchtige, so können sie infolge Erschöpfung der letzten Kraftreserven des Organismus auf einer Fahrt plötzlich in einen Zustand völliger Apathie und psychischer Leistungsunfähigkeit verfallen. Umgekehrt kann eine Überdosierung von Weckaminen (Pervitin, Elastonen, Benzedrin, Aktedron) ein trügerisches und übersteigertes Kraft- und Leistungsgefühl bewirken, das zu unbesonnenem und tollkühnem Verhalten am Steuer eines Kraftfahrzeuges verleitet. Andere Betäubungsmittel erzeugen bei Überdosierung echte Rauscherscheinungen, wie z. B. das Dolantin. Es bedarf keiner weiteren Begründung, daß alle derartigen vorübergehenden Ausnahmezustände mit der Verkehrssicherheit nicht in Einklang zu bringen sind. Aber auch in jeder anderen Berufstätigkeit kann dieses Auf und Ab von Euphorie und Dysphorie, von Überwachheit und Apathie die Umgebung schwer gefährden (im Baugewerbe, bei Fließbandbetrieben und jeder Maschinenarbeit). Selbst die Hausfrau bringt ihre Familie und die übrigen Mitbewohner in Gefahr, wenn sie beim Hantieren mit elektrischen Geräten oder am Gasherd eine rauschartige Erregung bekommt oder plötzlich einschläft.

Man wende nicht ein, das alles seien theoretische Konstruktionen, abstrakte Denkmöglichkeiten und keine konkreten Gefahren für die öffentliche Sicherheit. Viele der aufgezählten bedenklichen Situationen entstammen eigenen Beobachtungen. Auch können selbst süchtige Ärzte, denen die Beschaffung von Betäubungsmitteln leichter möglich ist als anderen und die deren Dosierung in der Hand haben sollten, auf die Dauer keineswegs Zustände vermeiden, in denen sie entweder aus Mangel oder aus Überschuß an Rauschgift eine akute und erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit bilden.

In diesem Zusammenhang muß auch erwähnt werden, daß die Sucht als solche ein bedenkliches Symptom persönlicher Unzulänglichkeit ist und daß sie gleichzeitig alle die Charaktermängel manifestiert und aktiviert, die ohne das Rauschgift latent sind. Es ist weiter eine Erfahrungstatsache, daß Suchtkranke auf die Dauer in einem ungesetzlichen, ja widergesetzlichen Zustande zu leben gezwungen sind und damit auch ganz allgemein den Halt verlieren. Sie neigen im übrigen als »Outsider der Gesellschaft« zur Cliquenbildung und zur Verführung ihrer Umgebung zum Rauschgiftmißbrauch. Aus vielen Einzelvorkommnissen muß gefolgert werden, daß sie für Krankenhäuser, Arzt- und Apothekerberuf nicht nur eine arge Belästigung und wirtschaftliche Schädigung, sondern eine Gefährdung des Ansehens und der Ehre darstellen. Sie untergraben ferner das Vertrauensverhältnis des Arztes zum Patienten und machen den überbeschäftigten Arzt auch gegenüber solchen Kranken mißtrauisch, die wirklich an schweren Schmerzzuständen leiden, ohne daß dies immer objektiv feststellbar ist. Schließlich würde es ohne den Suchtkranken keinen Schleichhandel mit Rauschgiften geben. Zu bedenken ist auch, daß nicht wenige Suchtkranke durch Selbstmord enden.

Bei straffälligen Suchtkranken dürfte die Anwendung der §§ 126a StPO und 42b StGB zweckmäßiger als die Heranziehung des § 42c StGB sein, weil eine Unterbringung nach dieser Bestimmung nicht die therapeutisch sehr wirksame Möglichkeit enthält, die Unterbringung bedingt auszusetzen. Man kann aber einen Suchtgefährdeten nur dann erfolgreich überwachen, wenn man die Möglichkeit hat, einen Rückfall gleich im Keime zu ersticken und ihm bei seiner Entlassung die Verpflichtung aufzuerlegen, sich vom Gesundheitsamt überwachen zu lassen (§ 42h StGB). Vom ärztlichen Standpunkt aus wäre es zu begrüßen, wenn von der einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO möglichst viel Gebrauch gemacht werden könnte. Unter dem Druck eines schwebenden Verfahrens entschließt sich ein Suchtkranker häufig zu einer freiwilligen, meist aber völlig unzureichenden Entziehungsbehandlung und ist vorübergehend rauschgiftfrei, wenn es zum Haupttermin kommt. Für den ärztlichen Sachverständigen ist es aber dann schwer, die Notwendigkeit einer Maßnahme gemäß §§ 42b oder 42c StGB zu vertreten. Nach Abschluß des Verfahrens wird ein derart unzureichend behandelter Kranker meist rasch rückfällig. Eine Untersuchungshaft mit anschließender Strafverbüßung kann ebenfalls eine erfolgreiche Entziehungskur darstellen, wenn der Anstaltsarzt das Risiko der Abstinenzerscheinungen zu verantworten vermag und die Gefängnissituation psychotherapeutisch zu nutzen versteht. In diesem wie in anderen Fällen wäre es vom ärztlichen Standpunkt aus wünschenswert, wenn die Gerichte trotz vollendeter

Entgiftung zur Zeit der Hauptverhandlung die Unterbringung beschließen würden, damit auf diese Weise die Möglichkeit einer zielbewußten Entsuchtung durch Auferlegung besonderer Kontrollverpflichtungen geschaffen werden kann. Die Vorschrift des § 42c StGB versagt im übrigen als Maßnahme der Sicherung und Besserung oft deshalb, weil sie eine Strafe voraussetzt, die bei den schwer Suchtkranken wegen Zurechnungsunfähigkeit nicht verhängt werden kann.

Weitere Maßnahmen zur Bekämpfung der Rauschgiftdelikte stehen uns in den Unterbringungsgesetzen einzelner Bundesländer zur Verfügung, insbesondere in dem Hessischen Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen vom 19. 5. 1952 (GuVOBl. vom 4. 5. 1952 Nr. 11). Dieses Gesetz kommt dem ärztlichen Empfinden insofern mehr entgegen, als seine Anwendung im Gegensatz zu den §§ 42b und 42c StGB nicht die Feststellung einer Straftat zur Voraussetzung hat. Andere Mittel zur Eindämmung von Opiumvergehen bestehen in der Möglichkeit des Berufsverbotes nach § 42l StGB, in der Entziehung der Approbation der Ärzte, Apotheker, Hebammen und Krankenschwestern nach den entsprechenden Berufsordnungen und Bestallungsvorschriften, schließlich auch in der Entziehung der Fahrerlaubnis. Äußerstenfalls kann man auch in einem immer wieder rückfällig werdenden Suchtkranken einen Geistesschwachen i. S. des § 6 Ziff. 1 BGB erblicken, dessen Aufenthaltsort und Daseinsgestaltung entscheidend durch den Vormund gelenkt werden kann.

Bei einer verständnisvollen Zusammenarbeit von Kriminalpolizei, Staatsanwalt und Gericht mit einem erfahrenen und sachkundigen Gerichtsarzt reichen m. E. die gesetzlichen Grundlagen aus, die Rauschgiftdelikte so erfolgreich zu bekämpfen, daß sie eine ernste soziale Gefährdung nicht mehr darstellen. Im Gegensatz zu dem in der Psychiatrie vorherrschenden Pessimismus glaube ich an gute Erfolgsaussichten in unserem gemeinsamen Kampf gegen die Suchtkrankheiten. Gewiß können wir die endogene Suchtdisposition als eine in der Persönlichkeitsstruktur verankerte Anlage nicht beseitigen. Erreichbar scheint mir jedoch das Ziel, viele Suchtgefährdete vor der entscheidenden Begegnung mit dem Betäubungsmittel zu bewahren und so den Realisationsfaktor zur Suchtkrankheit zu beseitigen. Aus der Vorkriegsstatistik, nach der die Neuerkrankungen stark zurückgegangen waren, geht hervor, daß dies möglich ist. Auch die Rückfall-Intervalle der alten Suchtkranken lassen sich einschränken, wenn man ihnen den Zugang zu den Betäubungsmitteln erschwert oder versperrt.

Voraussetzung dafür ist allerdings eine genaue Beachtung der Gesetze und Verordnungen durch die Ärzte, an deren Verantwortungsgefühl und Gewissen die maßgebenden Instanzen wohl nur dann vergeblich appellieren werden, wenn die Ärzte selbst suchtkrank und damit für ihren Berufsstand untragbar geworden sind.

Die Rauschgiftdelikte im internationalen Bereich (Rechtslage, Organisationen, Konventionen, illegaler Rauschgifthandel)

Dr. Goldenberg, Abteilungsleiter im Generalsekretariat der IKPK, Paris

Der internationale Rauschgifthandel wird von der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission (IKPK) unter anderem Aspekt gesehen als im nationalen Bereich. Das ist verständlich, denn die Probleme, die die IKPK täglich behandelt, sind Probleme der Koordination der kriminalpolizeilichen Arbeit zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten, während unsere Zusammenarbeit mit nationalen Zentralstellen der inneren Verwaltung etwas in den Hintergrund tritt.

Bevor das eigentliche Thema behandelt wird, sollen deshalb einige Bemerkungen rechtsphilosophischer und kriminologischer Art vorausgeschickt werden. Sie basieren auf Ergebnissen, zu denen wir durch den Vergleich der Erfahrungen verschiedener Länder gekommen sind. Es ist möglich, daß diese Erfahrungen nicht ganz mit den in der Bundesrepublik und West-Berlin gemachten übereinstimmen, insgesamt gesehen entsprechen sie jedoch der Erfahrung von etwa 52 Ländern.

Zunächst soll die rechtsphilosophische Seite besprochen werden. Im allgemeinen unterscheiden fast alle Rechtsgelehrten der freien Welt zwischen direkten und indirekten Infraktionen, d. h. einerseits der naturrechtlichen Infraktion, die darin besteht, daß eine Person einer anderen Person direkt Schaden zufügt (Tötung, Diebstahl usw.) und andererseits der sogenannten sozialrechtlichen Infraktion (ein Mensch handelt, indem er durch Selbstmord, Selbstverstümmelung, Verbrauch von suchtgefährdenden Stoffen usw. sich selbst Schaden zufügt). So ist z. B. bei der Rauschgiftsucht der Süchtige selbst das Opfer.

Es entsteht nun die Frage, ob der Staat das Recht hat, gegen eine Person einzuschreiten, die sich selbst Schaden zufügt. Hier wird das Problem der Rauschgiftsucht vom internationalen rechtsvergleichenden Standpunkt aus recht kompliziert. In der zivilisierten Welt hat sich im Verlauf der Entwicklung die Meinung verbreitet, daß der Staat dem Einzelmenschen wie ein Vormund gegenüberstehe und die Pflicht habe, ihn gegen seine eigenen Exzesse zu verteidigen. Der weitere Gedankengang ist der, daß der Rauschgiftsüchtige für den Staat eine Last sei. Ob Krankenhäuser, Zuchthäuser oder Erziehungsanstalten gebaut würden — im Ergebnis sei es der Staat, der für die Prävention, die Erziehung oder Bestrafung der Rauschgiftsüchtigen verantwortlich sei. Also scheint der Staat auch das Recht zu haben, dieser Seuche Einhalt zu gebieten.

Dennoch gibt es einen Grund, der es erschwert, die Rauschgiftsucht nur sozialrechtlich zu sehen, und das ist die wirtschaftliche Seite des Problems. Die wirtschaftlithen Überlagerungen haben die IKPK immer stark interessiert. So wurde z. B. die Konvention von 1912 gegen den Opiummißbrauch erst wirksam, als die englischen Behörden in Indien kein Interesse mehr hatten, China das indische Opium aufzuzwingen, weil die chinesische innerstaatliche Konkurrenz zu stark geworden war. Der Opiumhandel war von Anfang an ein Handel; er war zwar ein Nebenhandel, den zu diskutieren man sich schämte, aber er war ein Handel wie jeder andere Handel auch.

Die wirtschaftlichen Überlegungen gelten auch heute noch. Es gibt Staaten, in denen Opium Handelsmonopol ist; Rauschgift — nicht nur Opium, sondern auch Haschisch — wird von einigen westlichen Staaten in Kolonialgebieten offiziell verkauft. In Indochina war der Verbrauch von Opium bis zum 1. Januar dieses Jahres Staatsmonopol und das Geld, das auf diese Weise eingebracht wurde, floß in die Staatskasse. Die Kompliziertheit des Problems wird sofort augenscheinlich, wenn man sich vom westeuropäischen Plan abhebt. Versucht man die Interessen des Staates zu verteidigen und zu verhindern, daß Menschen dem Staat zur Last fallen, dann ergibt sich die Frage, wie man das Problem der Rauschgiftsucht begrenzen soll. In den Vereinigten Staaten z. B. war das gefährlichste Rauschgift — der Alkohol — lange Jahre hindurch unter gesetzlicher Kontrolle. Die kriminellen Folgen waren aber so stark, daß die mit der Kontrolle beabsichtigte Wirkung nicht in dem gewünschten Maße eintrat.

Kriminologisch gesehen, besteht die Gefahr des Rauschgiftes darin, daß der Rauschgiftsüchtige langsam zum Verbrecher wird. Er wird zum Verbrecher, weil er sich sein Betäubungsmittel, sein Suchtmittel verschaffen muß. Insoweit ist das Rauschgift indirekt kriminogen. Es gibt aber auch Rauschgifte, die eine direkte kriminogene Wirkung haben. So können z. B. Menschen, die unter der Wirkung eines Rauschgiftes stehen, zu Verbrechern werden. Dies ist insbesondere der Fall beim Haschisch. Haschisch ist kein Betäubungsmittel in dem Sinne, daß es eine Toxikomanie hervorruft. Man kann ein ganzes Leben lang Haschisch rauchen, ohne sich dabei schlechter zu fühlen als ein Zigarettenraucher. Wenn man aber Haschisch oder Marihuana genommen hat, befindet man sich in einem psychophysiologischen Zustand, in dem man leicht der Suggestion verfällt.

Wir hatten in Paris einen interessanten Mordfall zu bearbeiten. Ein Barbesitzer war von einem Araber getötet worden. Das Motiv war zunächst nicht zu ergründen, bis bekannt wurde, daß der Araber Haschisch geraucht hatte. Im Zustand der Haschisch-Betäubung erhielt er von einem anderen Araber den Befehl zu töten und tötete.

Dieses Beispiel zeigt, daß die Rauschgiftsucht vom kriminologischen Standpunkt aus bekämpft werden muß. Die Süchtigen werden nicht nur zu Verbrechern, um Rauschgiftmittel zu bekommen, sondern sie sind auch Verbrecher unter Rauschgiftwirkung. Nachforschungen, insbesondere in Kanada, Australien, Belgien und Frankreich, haben ergeben, daß das Rauschgift in unserer westeuropäischen oder atlantischen Welt auch aus wirtschaftlichen und pathologischen Gründen eine Gefahr darstellt. Oft sind es bereits Verbrecher, die zum Rauschgift greifen, das sie später zugrunde richtet. Die Toxikomanie, die mitunter bei schwer Kriegsversehrten zu beobachten ist, scheidet natürlich hier aus dem Betrachtungskreis aus. Es sind auch nicht die Rauschgiftsüchtigen gemeint, die wir manchmal in gewissen paramedizinischen Kreisen antreffen.

Als Polizisten interessiert uns in erster Linie die Verbrecherwelt. In den meisten westeuropäischen Ländern ist festgestellt worden, daß die Personen, die zum ersten Male wegen illegalen Rauschgiftverbrauchs verhaftet werden, fast immer schon vorher mit der Polizei und der Justiz in Konflikt geraten waren. Es scheint fast, als ob das Rauschgift in unserer westlichen Welt — von der anderen soll später gesprochen werden — zu einer Art Mode in der Verbrecherwelt geworden wäre. Diese Auffassung wird uns durch die Veröffentlichungen der Rauschgiftkommission der Vereinten Nationen bestätigt. Die Erklärung hierfür ist ziemlich einfach. Wenn wir unter den Rauschgiften Betäubungsmittel von Reizmitteln unterscheiden, dann können wir feststellen, daß es gewisse unausgeglichene Menschen gibt, die ihr Gleichgewicht nur dann zurückgewinnen, wenn sie unter der Wirkung eines Betäubungsmittels, insbesondere der Opiate — Morphin, Heroin (Acetylmorphin) usw. —, stehen. Diese Betäubungsmittel, die z. B. mit dem Haschisch als Reizmittel nicht verwechselt werden dürfen, versetzen diese Gruppe von Menschen erst in die Lage, sich normal zu fühlen. Wenn man weiter berücksichtigt, daß Verbrecher einen Mangel an geistigem und seelischem Gleichgewicht aufweisen, dann haben wir die Erklärung dafür, daß es gerade in Verbrecher- und Gaunerkreisen Sitte geworden ist, oft zu Betäubungsmitteln zu greifen, so wie man dies sonst mit der Alkoholflasche macht.

Ein weiterer kriminologischer Aspekt ergibt sich aus dem Mißbrauch der Rauschgiftmittel unter dem Blickwinkel eines Kulturdeliktes. Wir müssen, wenn wir das »Verbrechen« betrachten, streng zwischen den verschiedenen Zivilisationen unseres Erdballes unterscheiden. Es dürfte kein Zweifel darüber bestehen, daß z. B. die Probleme in Belgien, Holland, Frankreich, Luxemburg und Deutschland die gleichen sind. Wir leben in einer christlich betonten, römisch-germanischen Welt. Unsere Weltanschauung stellt vom ontologischen, deontologischen, medizinischen und rechtlichen Standpunkt aus eine Einheit dar. Wir sprechen dieselbe Geistessprache, wir haben das gleiche Gedankengut. Deshalb sind auch viele Probleme, so z. B. das Problem der indirekten Kriminalität beim Betäubungsmittelmißbrauch, für uns alle gleichermaßen von Bedeutung. Beim Vergleich mit anderen Kulturkreisen begegnen wir dem seltsamen Phänomen, daß dort der Gebrauch von Rauschgiften — insbesondere von Reizgiften, aber auch von Betäubungsgiften — seit Jahrtausenden Sitte ist, wie bei uns der Alkohol und neuerdings der Tabak. Das typische Rauschgift der westlichen Zivilisation — den Alkohol — verbieten wir nicht. Das typische Rauschgift der anderen Zivilisation — Opium und Haschisch — verbieten wir, weil es nicht unser Kulturdelikt ist.

Kriminologisch läßt sich noch die Meinung vertreten, daß ein Mensch das Recht hat, sich selbst zugrunde zu richten. Es kann jedoch nicht mehr hingenommen werden, daß eine gesunde Person eine andere Person zur Sucht verführt, um daraus Gewinn zu ziehen. Damit sind wir aber wieder im Gebiet der direkten Kriminalität.

Zwei Beispiele sollen dies veranschaulichen:

In den Vereinigten Staaten von Nordamerika findet man »peddlars«, d. h. Verteiler von Rauschgift, vor den Türen der Volksschulen, Mittelschulen und Universitäten, die den Kindern und Jugendlichen das Rauschgift kostenlos anbieten. »Have a sniff« — »Nimm eine kleine Probe« sagen sie zu ihnen und verleiten sie dadurch zur Sucht, um dann aus ihnen oder aus den Eltern Geld zu erpressen. Die Gefahr ist hier eine doppelte:

1. normale Menschen werden zu Süchtigen und
2. die jungen verführten Menschen werden zu Verbrechern, wenn die normalen Mittel zur Beschaffung der Suchtgifte nicht mehr ausreichen.

Das Gefährliche an dem hier geschilderten Verfahren ist, daß umfangreiche Organisationen von diesem Handel leben.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Verhältnisse im Osten. Die Japaner hatten in Mandschukuo vor dem 2. Weltkrieg große Heroin-Fabriken angelegt, weil Opium in China nicht mehr gewinnbringend war. Die Regierung der Kuomintang sowie die heutige Regierung haben ununterbrochen und fanatisch gegen den Opiumverbrauch gekämpft. Nachdem man die Erfahrung gemacht hatte, daß Heroin leichter zu transportieren ist, bedeutend stärker wirkt und auch industriell viel leichter herzustellen ist, hat sich Japan auf die Produktion von Heroin umgestellt. Die großen Fabriken in Mandschukuo sind nach 1945 unzerstört in die Hände der Russen gefallen. Heute berichten die maßgebenden Stellen in Amerika, Süd-Korea, Formosa und Japan der Rauschgift-Kommission der Vereinten Nationen, daß die Agenten Rot-Chinas — in Rot-China selbst ist der Opium- und Heroinverbrauch verboten — systematisch mit Heroin ausgerüstet werden, um Menschen zur Sucht zu verleiten und sie auf diese Weise zu ihren Werkzeugen zu machen. Die Problematik ist immer wieder dieselbe: Verführung, Verführte, Handelsaspekt, politischer Aspekt.

Aus den bisherigen Ausführungen ist zu entnehmen, daß es eine Menge von Gründen dafür gibt, warum es zu internationalen Konventionen kommen mußte. Nachdem die einzelnen Nationalstaaten diese Konventionen unterschrieben haben, ist es nicht mehr unsere Aufgabe, Erörterungen darüber anzustellen, ob sie gut oder schlecht sind. Wir haben sie anzuwenden.

Die internationalen Konventionen, die im Jahre 1912 geschlossen und später laufend ergänzt wurden, umfassen heute alle Betäubungs- und Rauschgiftmittel. Neue synthetische Erzeugnisse werden systematisch beobachtet und — falls sie sich als Betäubungsmittel herausstellen — den Wirkungen der internationalen Konventionen unterstellt.

Wie steht nun die Internationale Kriminalpolizeiliche Kommission (IKPK) und durch sie die deutsche Polizei zu der internationalen Organisation der Vereinten Nationen? Die internationale Organisation, deren Sitz in Genf ist, gliedert sich in:

1. die Betäubungsmittelkommission,
2. den Ständigen Zentralausschuß und
3. den Überwachungsausschuß.

Die Betäubungsmittelkommission ist eine beratende Körperschaft, die dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen Empfehlungen gibt und bestimmte Maßnahmen in eigener Zuständigkeit veranlaßt. Der Ständige Zentralausschuß kontrolliert die Bewegung des internationalen Marktes und ist berechtigt, bei Anhäufungen von Stoffen in einem bestimmten Land Aufklärung zu verlangen und gegebenenfalls zu empfehlen, keine weiteren Stoffe nach diesem Lande auszuführen. Der Überwachungsausschuß ist ein Exekutivorgan, das die verschiedenen Produktionen kontrolliert, beschränkt und reglementiert und gleichzeitig die legalen Bedürfnisse der Welt festsetzt.

Die Internationale Kriminalpolizeiliche Kommission ist die Organisation, die den internationalen Rauschgifthändler bekämpft. Sie ist das Organ, das in engstem Kontakt mit den Vereinten Nationen zusammenarbeitet, das die internationalen Händler, d. h. die nationalen Händler, die auf internationaler Ebene ihr Unwesen treiben, überwacht und gegebenenfalls im Zusammenwirken mit den Nationalen Zentralbureaus der einzelnen Mitgliedstaaten unschädlich macht. Die Arbeit der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission ist durch die Vereinten Nationen bereits zweimal, und zwar im Mai 1954 und im April 1955 öffentlich anerkannt worden, als 13 Staaten jeweils nachfolgendem Text zustimmten:

> »Die Vereinten Nationen bitten die einzelnen Staaten, der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission — so schnell wie möglich — alle Informationen zu liefern, damit sie ihren Kampf gegen den internationalen Handel und die internationalen Händler durchsetzen kann.« (Resolution vom 3. Mai 1954: 13 Stimmen dafür, 2 Stimmen Enthaltung — UdSSR und Polen.)

Dieser Text wurde am 25. April 1955 durch einen Zusatz ergänzt, wonach die Staaten aufgefordert wurden, der IKPK nicht nur Nachrichten über den internationalen Handel zu liefern, sondern auch über Ursprung und Bestimmungsort der verschiedenen Produkte, mit denen gehandelt wird.

Die Bundesrepublik Deutschland ist Mitglied der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission. Das bedeutet, daß auch jeder Polizeibeamte in der Bundesrepublik indirekt durch die Vereinten Nationen aufgefordert ist, seine Erfahrungen und seine Kenntnisse auf dem Gebiet der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte über das Bundeskriminalamt der IKPK zur Verfügung zu stellen. Die internationale Polizei hat keine eigene Exekutive; sie koordiniert lediglich die Tätigkeit der verschiedenen Nationalen Zentralbureaus der IKPK und gibt internationale Erkenntnisse von allgemeiner Bedeutung an alle Mitgliedstaaten weiter.

Hierzu gehören auch die folgenden Zahlen über den internationalen Handel.

Man nimmt an, daß die Dunkelziffer im Rauschgifthandel ungefähr 95 % der Fälle ausmacht. Die Tragik, die in dieser Zahl zum Ausdruck kommt, wird besonders augenscheinlich, wenn man berücksichtigt, daß wir über den Absatz in China und anderen Ländern überhaupt kein Zahlenmaterial haben.

Im Jahre 1954 wurden nach den der IKPK gemeldeten Fällen illegal gehandelt:

Rohopium	34 719	kg
Präpariertes Opium	3 528	„
Morphin	51	„
Diacetylmorphin oder Heroin	106	„
Kokain	2,3	„
Hanf, Cannabis, Marihuana oder Haschisch	124 071	„
Synthetische Betäubungsmittel	43 888	Ampullen.

Unter Zugrundelegung der oben erwähnten Dunkelziffer bedeutet das, daß z. B. mehr als 2000 kg Heroin im Schwarzhandel von Hand zu Hand gehen. Das genügt, um die Bevölkerung eines Landes wie Schleswig-Holstein zu vergiften. Vom medizinischen Standpunkt aus gesehen beträgt der gesamte Weltbedarf an Heroin nur 852 kg und an Morphin 84 685 kg.

Wie funktionieren nun die internationalen Verbindungen beim illegalen Handel mit Rauschgiften?

Nach den Feststellungen der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission sind die Handelswege für Opium (Rohopium bzw. präpariertes Opium) und Morphium die gleichen. Es dürfte bekannt sein, daß die Erzeugung von Morphium ungefähr 10 % der Opiumproduktion ausmacht und daß die Extraktion des Morphiums aus Opium ziemlich leicht ist.

Leider lassen sich bei der Betrachtung dieses Problems die wirtschaftlichen Hintergründe von den politischen nicht trennen. Wir würden eine schlechte Kriminalpolitik betreiben, wenn wir diesen Aspekt außer acht lassen wollten.

In Amerika ist der internationale Opium- und Morphiumhandel auf die Grenzen zwischen Mexiko und den Vereinigten Staaten beschränkt. Diese Grenze ist sehr schwer zu kontrollieren. Die Handelsströmungen ziehen sich der Küste von Kalifornien und Texas entlang. Streng genommen handelt es sich hier um keinen internationalen Handel, sondern um einen Zwischenhandel zwischen zwei Staaten. Das Opium wird in Mexiko hergestellt und durch mexikanische Landarbeiter in die Vereinigten Staaten eingeschmuggelt.

In Afrika ist das Problem anders zu beurteilen. Das größte Produktions- und Verbrauchszentrum ist Ägypten. Aus Ägypten (Suez-Kanal) wird Opium nach Europa und Asien verschifft und versandt. In Vorderasien ist der Opium-(Haschisch-)gebrauch mehr oder weniger als »Kulturdelikt« anzusehen. Es waren Araber, die das Opium nach Indien brachten.

Weitere Produktionszentren befinden sich in der Türkei und in Persien. In der Türkei ist die Kontrolle ziemlich streng, aber es gibt immerhin eine Handelsströmung, die durch Syrien, den Libanon und Jordanien nach Ägypten verläuft. Diese Linie erwies sich als notwendig, weil die ägyptische Produktion nicht ausreicht, um den inner-ägyptischen Markt zu speisen. Einige politische Verflechtungen des Negeb-Konflikts in Israel werden dadurch klarer. Durch die Gründung des Staates Israel wurde die Handelslinie Syrien—Ägypten gestört. Scharmützel an der israelisch-ägyptischen Grenze sind heute nicht selten darauf zurückzuführen, daß Beduinen versuchen, ihre illegalen Opiumtransporte durchzubringen. Eine weitere Handelslinie geht durch Syrien, Jordanien und Israel an den Golf von Akaba und von dort über das Sinaïgebirge nach Ägypten. Das Auf-

flackern von Streitigkeiten in der Nähe der israelischen Stadt Elath findet — wenigstens zum Teil — seine Begründung in derartigen Opiumtransporten. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß sich auch Flüchtlinge und Soldaten mit Opiumhandel abgeben.

Die Speisekammer für das Opium aus dem gesamten Vorderen Orient liegt in Abadan, am Persischen Golf. Persien produziert nach offiziellen Angaben 1 200 000 kg Opium jährlich; es zählt etwa 1 500 000 Süchtige. In Abadan wird u. a. Erdöl verfrachtet. Auf Tankschiffen rekrutiert sich die Mannschaft gewöhnlich zu 50 % aus Indern und zu 50 % aus Chinesen. Im allgemeinen zählen Seeleute nicht zu den Rauschgiftsüchtigen, wohl aber zu den Rauschgifttransporteuren, die allerdings ab und zu selbst dem Rauschgift frönen. Von Abadan gehen Schiffe mit Opium über Indien und Singapur nach Australien. Man hat festgestellt, daß das Opium in den chinesischen Kolonien und auch in gewissen Kreisen der australischen Bevölkerung zu 95 % aus Persien kommt. Hieraus folgt, daß die kriminalpolizeiliche Zusammenarbeit zwischen Persien, Pakistan, Indien, Malaya-Singapur, Indonesien und Australien besonders eng sein muß, um zu Erfolgen zu kommen.

Die junge indische Republik und auch Pakistan haben in den letzten Jahren einen erfolgreichen Kampf gegen den Opiummißbrauch geführt. Das Problem konzentriert sich heute auf die Hafenstädte, die Durchgangsstationen für das persische Opium sind.

Hauptzentren des ost-asiatischen Opiumhandels sind: Assam, Burma, der Norden von Thailand, die Provinzen von Yunnan usw. Als die Chinesen nach dem ersten und zweiten Opiumkrieg versuchten, sich durch eigene Produktion von der Einfuhr des indischen und englischen Opiums frei zu machen, legten sie — insbesondere in Yunnan — große Pflanzungen an. Diese Pflanzungen existieren heute noch. Wenn wir auch nicht genau wissen, was sich im Innern Chinas abspielt, so können wir dennoch feststellen, daß Chinas Südgrenzen völlig unkontrollierbar sind.

Das chinesische Roh-Opium wird in der Regel nach Burma, Hongkong usw. und von dort in verarbeitetem Zustand (als Morphium und Heroin) nach Japan verfrachtet.

In Europa sind die Handelswege leichter zu kontrollieren. Das einzige Land, das Opium herstellt, ist Jugoslawien. Es wird

1. über Griechenland, den Dodekanes und Zypern nach Kleinasien und
2. über Triest nach Italien

gebracht.

Vom internationalen polizeilichen Standpunkt aus ist das Opiumproblem für Europa von geringerer Bedeutung. Es ist in erster Linie ein Problem Nordafrikas, Vorderasiens und Hinterasiens.

Das Opiumproblem ist von dem des Heroins nicht zu trennen. Das Heroin (Diacetylmorphin) ist leicht herzustellen und auch leicht zu verfälschen. Es hat die 12fache Wirkung von Morphium und ist als Handelsgift ohne besondere Schwierigkeiten abzusetzen.

Parallel zum Opium-Morphiumhandel existiert für das Heroin eine Handelslinie Mexiko—Vereinigte Staaten und über die Vereinigten Staaten nach Kanada. Es kann zur Zeit noch nicht mit Sicherheit gesagt werden, worauf der enorme Heroin-Verbrauch in Kanada zurückzuführen ist.

Bemerkenswerterweise finden Morphium und Heroin in Ländern, in denen der Opiumverbrauch als Kulturdelikt gilt, keinen Absatz. Menschen, die an Opium gewöhnt sind, bleiben dabei, ihre Opiumpfeife zu rauchen, ihr Opium zu essen oder ihr Opium zu trinken. Die europäische Teufelserfindung des weißen Pulvers interessiert sie für ihren persönlichen Bedarf überhaupt nicht. Das Heroin, das in Laboratorien (z. B. im Libanon) hergestellt wird, wird nach Amerika und Europa exportiert.

Es wurde bereits früher darauf hingewiesen, daß Heroin auch zum Kampfmittel rotchinesischer Agenten geworden ist. In der Nähe von Truppenplätzen der UNO-Truppen in Südkorea und von Bordellen, in denen Soldaten zu verkehren pflegten, konnte beobachtet werden, daß an diese als »Ermunterungspillen« (auch als angebliche aphrodisiaca) kleine rote Pillen verteilt wurden, bei denen es sich in Wirklichkeit um Heroin handelte. Die amerikanischen, französischen und türkischen Soldaten sollten auf diese Weise zur Sucht verleitet und in ihrer Kampfmoral geschwächt werden. Die Heroinpillen gelangten meist von Japan über Mandschukuo und Nordkorea nach Südkorea.

In Europa gibt es keinen organisierten Heroinhandel. Hier lassen sich nur Einzelfälle anführen.

Ein weiteres Produkt, das auch für Europa eine Gefahr darstellt, ist das Haschisch (Marihuana) oder der indische Hanf. Für dieses Rauschgift gibt es etwa 150 verschiedene Namen. Vor

einigen Jahren erklärten Vertreter aus Pakistan, daß man in Pakistan ein neues Rauschgift (Schiras oder Scharas) entdeckt habe. Nach Überprüfung dieses Giftes wurde festgestellt, daß es sich um dasselbe Haschisch handelte, das man schon während der Kreuzzüge kannte. Um Irrtümer zu vermeiden, sollte man dieses Produkt nach seiner botanischen Bezeichnung (cannabis sativa nach Linné) benennen.

Cannabis wird in der gesamten subtropischen Welt gebaut, gepflegt, geraucht, gegessen und getrunken. Es ist der Tabak der subtropischen Orientalen und damit ihr Kulturdelikt. Man findet es in den Urwäldern Amazoniens, in Brasilien, Mexiko und Afrika, außerdem in Vorderasien, Indien und Südostasien. Es ist das Produkt, das am meisten verbreitet ist. Seine besondere Gefährlichkeit ist darin begründet, daß es keine Sucht hervorruft und kein Mittel ist, das den Menschen allmählich zugrunde richtet. Es ist ein Reizmittel, unter dessen Wirkung ein Mensch — wie schon gesagt — zum Mörder werden kann.

In Tunis (Nordafrika) ist Cannabis Staatsmonopol. Der Araber geht in sein Tabakgeschäft und kauft sich seine 5 g Cannabis, um sich daraus seine Zigarette zu drehen. Algerien ist französisches Staatsgebiet. Es gibt keine Einwanderungskontrolle zwischen Frankreich und Nordafrika. Da in Frankreich Arbeitskräfte fehlen, werden Araber als billige Arbeiter in das Mutterland geholt. Sie bringen selbstverständlich ihr Kulturdelikt (Cannabis) nach Frankreich mit. Seit Anfang 1950 ist eine sehr starke Einwanderungsbewegung aus Nordafrika festzustellen. Geschäftstüchtige Franzosen nutzen die Konjunktur aus und züchten Hanf, um ihn den Arabern zu verkaufen. Die Araber haben die höchste Kriminalitätsquote der gesamten französischen Bevölkerung: Mord, Totschlag und Vergewaltigung sind die von ihnen am meisten verübten Delikte. Seit einigen Jahren dringt die Haschisch-Sucht mit den nordafrikanischen Arbeitern auch nach Belgien und Luxemburg.

Wenn Haschisch (Marihuana) auch zur Zeit in keinem nennenswerten Umfang nach Deutschland gelangt, so kann sich das sofort ändern, falls im Rahmen zwischenstaatlicher Vereinbarungen nordafrikanische Fremdarbeiter einwandern sollten. Es heißt also, auch in Deutschland wachsam zu sein.

Abschließend sollen noch kurz die Weckamine (Pervitin, Benzedrin usw.) genannt werden. Diese Erzeugnisse werden noch nicht durch internationale Konventionen erfaßt. In den Gesetzgebungen vieler Länder werden sie aber wie Rauschgifte und Betäubungsmittel behandelt.

Ein Beispiel soll zeigen, wie wichtig die internationale Zusammenarbeit auch auf diesem Gebiet ist. Die IKPK erhielt aus Japan eine Meldung, nach der in diesem Lande die Zahl der Morde in einem Jahr um 30 000 gestiegen sei, weil ein neues Rauschgift — das Philoppon — die Japaner wahnsinnig mache. Es handelte sich bei diesem Philoppon um Pervitin, das in Deutschland sicherlich noch keinen zum Mörder gemacht hat, das aber in einer anderen Kulturwelt, nämlich in Japan, zum schlimmsten aller Rauschgiftmittel wurde.

Über das Kokain wurde bisher mit Absicht nicht gesprochen. Kokain stirbt aus. Es wird in Europa praktisch nur noch in Italien benutzt. Geschichtlich gesehen ist das Cocablattessen ein Kulturdelikt der Andenvölker. Cocablätter werden in Kuba z. B. noch zu Kokain verarbeitet und nach USA geliefert. Merkwürdig bleibt aber, daß es dort in erster Linie von Italienern oder Amerikanern italienischer Herkunft verbraucht wird.

Die Internationale Kriminalpolizeiliche Kommission in Paris und das Internationale Gesundheitsamt in Genf arbeiten eng zusammen. Wenn ein neues synthetisches Gift auf den Markt kommt, teilt die IKPK der internationalen Gesundheitsorganisation mit, ob es eine kriminogene Gefahr darstellt. Ärzte probieren es alsdann aus, Expertisen werden ausgearbeitet, und nach einiger Zeit wird beschlossen, das Produkt auf die Liste der Rauschgiftmittel zu setzen, wenn es suchtgefährdend sein sollte. Die internationale Gesundheitsorganisation in Genf muß wissen, wie die Polizei arbeitet und welche Unterlagen die Polizei über Rauschgiftdelikte hat. Um der internationalen Gesundheitsorganisation ein Urteil darüber abgeben zu können, welche Stoffe im einzelnen vom kriminalpolizeilichen Standpunkt aus als Rauschgifte zu bezeichnen sind, benötigen wir die einschlägigen Unterlagen aus den Mitgliedstaaten. Eine intensive Zusammenarbeit zwischen IKPK und den einzelnen Mitgliedstaaten ist infolgedessen dringend erforderlich.

Das Problem der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbehörden und Kriminalpolizei ist ebenfalls äußerst wichtig. In Frankreich gibt es keine Polizeiaktion gegen Rauschgiftsüchtige, bei der nicht Vertreter von Polizei und Gesundheitsministerium zusammenarbeiten, die Durchsuchungen und die Vernehmungen zusammen durchführen. Wir Polizisten sind es zwar, die die Polizeiaktionen leiten, aber an unserer Seite ist ständig ein Vertreter der pharmakologischen

Sektion des Gesundheitsministeriums, der uns auf medizinischem Gebiet überall und immer hilft. Wir arbeiten nie allein, ebensowenig wie die Verantwortlichen des Gesundheitsministeriums. Die Zusammenarbeit beruht im wesentlichen auf dem persönlichen Kontakt aller Beteiligten. Die Erfolge können infolgedessen nicht ausbleiben, weil sich die Erfahrungen des Kriminalbeamten und die des Arztes sinnvoll ergänzen.

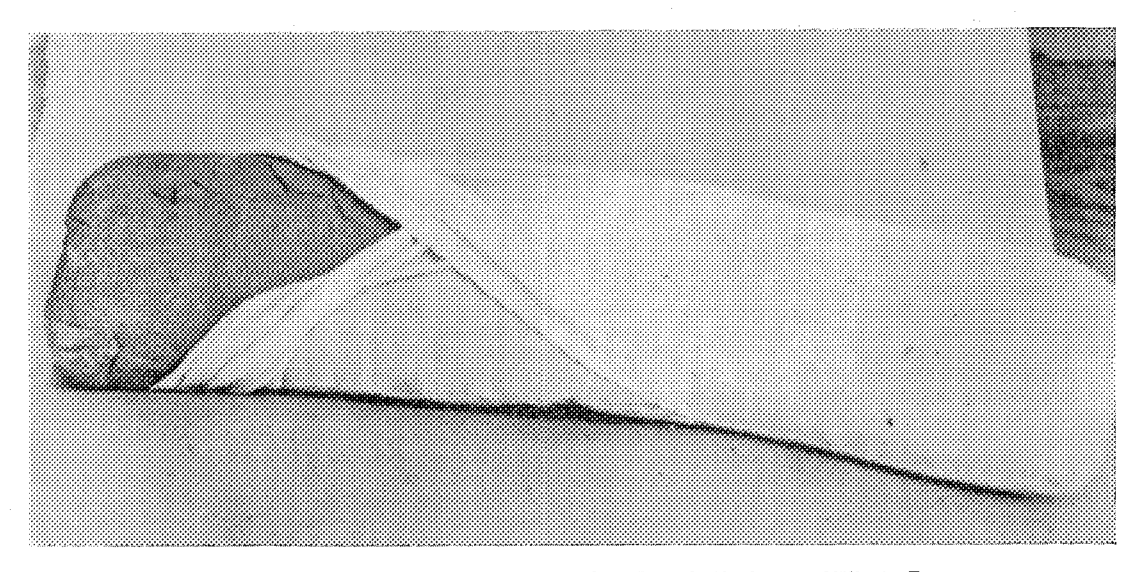
Nationale Rauschgiftgesetzgebungen sind schlecht miteinander zu vergleichen. Ein derartiger Versuch könnte allenfalls in verwandten Kulturkreisen (z. B. Westeuropa) gemacht werden.

In Persien mußten sich die persischen Beamten vor kurzem dazu verpflichten, innerhalb von 5 Jahren die Gewohnheit des Opiumrauchens aufzugeben. Unsere Kollegen in Persien können somit noch ganz legal 5 Jahre lang jeden Abend ihre Opiumpfeife rauchen. Was dem Europäer unverständlich erscheint, ist für den Perser eine Gewohnheit, und was dem Perser unbegreiflich ist — z. B. der Alkoholverbrauch in Europa — ist für uns eine Gewohnheit.

Man darf nicht übersehen, daß die weißen Völker die Bekämpfung der Rauschgiftsucht nach ihren ethischen, moralischen und medizinischen Begriffen durchgesetzt haben, und daß die übrigen Völker das Vorgehen der Weißen nur allmählich als richtig erkannt haben. Darauf ist es zurückzuführen, daß wir erst heute auf Zusammenarbeit, Verständnis und Hilfe rechnen können.

Rauschgifthandel ist und bleibt eine kommerzielle Angelegenheit, und dieselben Menschen, die heute mit Rauschgift handeln, handeln morgen mit Waffen, mit Falschgeld, mit Frauen usw. Vom Standpunkt der soziologischen Kriminologie ist der Rauschgifthändler eine potentielle Gefahr und zu allen Verbrechen bereit, bei denen Geld verdient werden kann.





Rohopiumbrot (10 kg) aus einem der größten Rauschgiftschmuggelfälle in Europa.

Zollbeamte waren im Dezember 1936 an der jugoslawisch/österreichischen Grenze bei stichprobenweiser Kontrolle einer Waggonladung von 200 Säcken mit Weizenkleie mit einer Sonde in einem Sack auf einen harten Gegenstand — ein Opiumbrot — gestoßen. In 30 Säcken, die durch zusätzliche Verschnürung mit einem schwarzen Bindfaden verschlossen waren, wurde je ein in Gaze eingewickeltes Opiumbrot von 10 kg gefunden. Die Täter konnten nach jahrelangen Fahndungen ermittelt und, teilweise nach Auslieferung aus der Schweiz, 1941 in Wien abgeurteilt werden.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

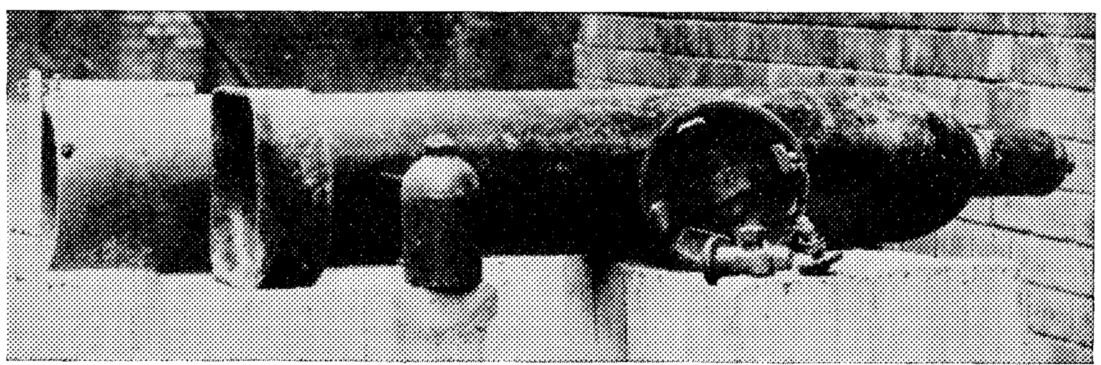
Im Hamburger Hafen wurden 1941 in einem Lagerschuppen 9 seit Jahren dort liegende Sauerstoffflaschen sichergestellt, die von dem internationalen Rauschgiftschmuggler G. aus Hamburg dort eingelagert waren.

Bei genauer Untersuchung der äußerlich unauffälligen Flaschen wurde festgestellt, daß sie hohl waren, ihr Fuß sich abschrauben ließ und sie somit nicht zur Aufnahme von Sauerstoff verwendet werden konnten. G. gab nach Vorhalt der Fotokopie einer aufgeschweißten Flasche (s. Abbildung 1) nach langem Leugnen zu, daß er etwa 1928 30 derartiger »Sauerstoffflaschen« zum Kokainschmuggel von Hamburg nach Kalkutta herstellen ließ.

G. arbeitete mit einem Inder in Kalkutta zusammen, den er aus seiner 25jährigen kaufmännischen Tätigkeit dort kannte.

Die Flaschen gingen — mit Kokain gefüllt — als unauffällige Decklast mit Handelsschiffen nach Kalkutta und kamen leer auf dem selben Wege zurück.

(Bildarchiv Bundeskriminalamt)



Internationale Rauschgiftschmuggler

(Aktuelle Fälle)

S. Langlais, Gruppenleiter im Generalsekretariat der IKPK, Paris

I. Die beiden Arten von Rauschgiftschmuggel

Man kann zwei Arten illegalen Rauschgiftbezugs unterscheiden:

Die erste Art wird von kleinen Gruppen Rauschgiftsüchtiger betrieben, die versuchen, auf ärztliche Rezepte kleine Rauschgiftmengen in den Apotheken für ihren Eigenbedarf zu erhalten.

Diese Rezepte können verschieden erworben werden; so z. B. durch Diebstähle bei Ärzten, durch Fälschungen, durch die Methode der »übereinanderliegenden Rezepte« usw. Da ein Arzt z. B. in Frankreich gewöhnlich nur siebentägige Kuren verordnen kann, nehmen die Süchtigen gleichzeitig mehrere Ärzte in Anspruch. Mitunter sind Ärzte und Apotheker Komplicen.

Diese Bezugsart ist örtlich gebunden. Betäubungsmittel, die auf diese Weise dem legalen Verkehr entzogen werden, kommen meist in Form von pharmazeutischen Fabrikaten, z. B. als Laudanum, Eubin, Pantopon oder Morphin, auf den Markt. Zur Klasse der örtlichen Täter sind auch die Nordafrikaner zu zählen, die in den Fabriken und Bergwerken Belgiens, Deutschlands, Frankreichs und des Saarlandes arbeiten und in ihren Gärten Hanf anbauen, der entweder für ihren persönlichen Gebrauch oder den ihrer Familienmitglieder bestimmt ist.

Der örtliche Handel ist ungefährlich, weil

1. sein Ausmaß auf eine kleine Zahl von Süchtigen, die sich direkt an der Quelle (legale Bestände, illegale Pflanzungen) mit dem Gift versorgen, beschränkt ist;
2. Geldgewinne praktisch ausgeschlossen sind, da es kein organisiertes Netz von Vermittlern gibt und die »Ware« offiziell gekauft wird.

Die zweite Art ist die, die hinsichtlich des Transportes und der Verteilung des Rauschgiftes eine echte Organisation voraussetzt. Die Süchtigen wenden sich dabei an Berufshändler, die ihnen das Gift zu hohen Preisen verkaufen.

Außer in den Ländern, in denen der Gebrauch von Betäubungsmitteln eine volkstümliche Angewohnheit ist (Opium in den asiatischen Ländern, Cannabis in Afrika), entwickelt sich diese Bezugsart immer mehr zum internationalen Schmuggel. Das Opium, das in Brüssel, Paris oder Hamburg geraucht wird, ist asiatischer Herkunft, das Heroin, das in New York entdeckt wird, kommt aus europäischen Laboratorien und Haschisch, das in Palästina beschlagnahmt wird, stammt aus Pflanzungen im Libanon.

Die Organisatoren der internationalen Banden versuchen ihren Warenabsatz dadurch zu erweitern, daß sie das Laster in suchtanfälligen Kreisen verbreiten, besonders in Großstädten, wo die Süchtigen meist unter Künstlern, Schriftstellern usw. anzutreffen sind. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika sind die Jugendlichen besonders stark bedroht.

Die große Zahl von Menschen, die durch die Tätigkeit internationaler Schmugglerbanden an Gesundheit und Vermögen geschädigt werden, haben die meisten Staaten gezwungen, den Rauschgiftschmuggel mit allen Mitteln zu bekämpfen.

Im folgenden soll zunächst ein Überblick über die Organisation einer internationalen Bande und die verschiedenen Typen internationaler Rauschgifthändler gegeben werden.

II. Die allgemeine Organisation der internationalen Schmugglerbanden

Zu einem Schmugglernetz gehören in der Regel folgende Personenkreise:

— Ein oder mehrere Geldgeber, die — oft als Bandenführer — das erforderliche Kapital für den Einkauf des Rohprodukts oder seine Verarbeitung zur Verfügung stellen und den Vertrieb organisieren. Die Unternehmer vermeiden es, persönlich an den Geschäften teilzunehmen. Sie bedienen sich ihrer Vermittler und bleiben selbst im Schatten. Mit dieser Taktik gelingt es ihnen fast immer, ein Strafverfahren zu vermeiden, wenn die Polizei zum Einschreiten gezwungen ist. Als Führer des Unternehmens eignen sie sich selbstverständlich den größten Teil des Gewinnes an.

— Die Hauptteilnehmer, zuverlässige Leute des Bandenführers, die ihn bei jedem schwierigen Geschäft vertreten, besonders im Ausland, wo sie Stützpunkte in eigener Verantwortung leiten.

— Die Vermittler oder Unter-Teilnehmer, die sich zusammensetzen aus:

1. Transporteuren, die das Rauschgift vom Erzeugungsort bis zum Verarbeitungs- bzw. Verbrauchsort befördern;
2. Chemikern, die Opium in Morphin und Morphin in Heroin verwandeln;
3. Verteilern, die die Süchtigen beliefern.

Wie bei Geldfälscherbanden kennt jeder Schmuggler meistens nur zwei Komplicen: den, der ihm die Befehle übermittelt und den, mit dem er dann weiterarbeitet. Diese Vorsichtsmaßregeln haben den Zweck, die Anzahl der Verhaftungen im Falle einer Polizeiaktion gering zu halten und die Identifizierung der Hauptanstifter unmöglich zu machen.

Der Hauptgewinn ist — wie bereits erwähnt — für die Bandenführer und die Hauptkomplicen bestimmt. Die Transporteure bekommen nur ein Kommissionsgeld, die Chemiker werden wie Angestellte behandelt und erhalten — wie die Falschgeld-Techniker — eine Geldsumme, die einer bestimmten geleisteten Arbeit entspricht und die im Vergleich zu der Gefahr, die der einzelne auf sich nimmt, oft lächerlich ist.

Zur Veranschaulichung der Arbeitsweise internationaler Rauschgiftschmugglerbanden sollen zwei Fälle erwähnt werden, die der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission (IKPK) gemeldet wurden.

Erster Fall

Nach langwierigen Ermittlungen, die von syrischen, libanesischen, amerikanischen und französischen Polizei- und Zolldienststellen geführt wurden, wurde zwischen dem Libanon, Syrien und Westeuropa in den Jahren 1954 und 1955 ein umfangreicher Rauschgiftschmuggel entdeckt.

Der Bandenführer war der Libanese Samyl Khoury, dem fünf andere Libanesen (Tamer, die beiden Brüder Dounia, Mouchia und Fayoumi), zwei syrische Staatsangehörige (die Brüder Rahmo) und ein Armenier (Jakmadjian) zur Seite standen.

Die anderen Unter-Teilnehmer, insbesondere Transporteure und Verteiler, gliederten sich in drei Banden:

1. 7 Libanesen, 2 Türken, 2 Palästinenser, 1 Syrier, 1 Ägypter, 1 Armenier und 1 Jordanier. — Sie arbeiteten im Libanon, in Syrien und der Türkei;
2. 3 Türken. — Sie wirkten in Ägypten;
3. 5 Franzosen. — Sie betätigten sich in Frankreich.

Khoury besorgte sich das Rauschgift entweder in der Türkei oder in Syrien, manchmal auch im Libanon. Die Brüder Rahmo waren mit der Beförderung der Ware aus der Türkei oder Syrien nach dem Libanon beauftragt. Khoury schickte sodann Kuriere nach Frankreich (besonders nach Paris und Marseille), die die Ware in Kraftwagen transportierten, die von dem Karosseriefabrikanten Jakmadjian speziell für den Schwarztransport eingerichtet waren. Bei der Ankunft in Frankreich wurde das Rauschgift von der französischen Bande verteilt. Tamer organisierte die Reisen nach Frankreich und machte oft selbst Kontrollreisen. Zehn Kraftwagen, darunter zwei Jaguar, zwei Buick und ein Fiat, in denen die Betäubungsmittel befördert wurden, konnten sichergestellt werden.

Die Tätigkeit der Khoury-Bande kann wie folgt beschrieben werden:

1. Zwei Reisen in Jakmadjians Jaguar:
   a) Im September 1954 von Adana (Türkei) nach Paris durch Griechenland, Jugoslawien und Italien. Mitnahme einer unbekannten Menge von Rohopium.
   b) Im November 1954 von Aleppo (Syrien) nach Beirut (Libanon). Beförderung von 54 kg Rohopium.

   Für die zwei Reisen bekam Jakmadjian ungefähr 7000,— DM.

2. Zwei Reisen in zwei Buick-Wagen, die von dem Ägypter El Cheika gesteuert wurden:
   a) Im Oktober 1954 von Beirut nach Paris durch die Türkei, Griechenland, Jugoslawien und Italien. Tamer wartete in Paris auf El Cheika und gab ihm seinen Geldanteil.
   b) Im November 1954 von Aleppo, wo er die Brüder Rahmo traf, nach Beirut. Er wurde unterwegs in Lattakia (Syrien) von der Polizei kontrolliert und festgenommen, weil im Wagen 83 kg Rohopium und 19 kg Morphin entdeckt wurden. Das Rauschgift war für Ägypten und Westeuropa bestimmt.

3. Zwei Reisen im Januar 1955 von Aleppo nach Beirut. Jedesmal wurden 144 kg Rohopium transportiert. Die Lieferanten waren die Brüder Rahmo aus Aleppo. Der Transporteur war der Syrier Kachoun. Während der zweiten Reise wurde Kachoun in Dahr el Baidar (Syrien) festgenommen und das Opium beschlagnahmt. Kachoun gestand, im Dienste Khourys zu stehen.

4. Drei Reisen im Mai 1955:
   a) Der Libanese Fayoumi beförderte in einem Fiat 3 kg Rohopium und 1 kg Haschisch von Beirut nach Mailand (Italien). Die italienische Polizei nahm die Empfänger des Rauschgiftes, zwei Italienerinnen, fest. Fayoumi konnte die Flucht ergreifen, wurde jedoch in Abwesenheit zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt; der libanesischen Zollverwaltung mußte er ein hohe Geldstrafe zahlen.
   b) Der Palästinenser Chaaban wurde im Libanon von Zollbeamten festgenommen, als er 90 kg Rohopium in einem Hudson transportierte. Er erklärte, daß er bereits 31 kg Opium von Beirut nach Homs (Syrien) befördert habe. Er wurde zu einer hohen Geldstrafe verurteilt, die von Khoury bezahlt wurde.
   c) Der Syrier Hajjai wurde in Beirut festgenommen, weil er in einem Kraftwagen 153 kg Rohopium mit sich führte. Die Ware kam aus Aleppo (Syrien) und sollte einem Komplicen des Khoury in Beirut übergeben werden.

Zweiter Fall

Im Mai 1949 wurde die IKPK vom Bureau of Narcotics in Washington auf die Tätigkeit eines gewissen Sperandeo aufmerksam gemacht. Dieser Rauschgiftschmuggler stand mit einem gewissen Paoleschi in Marseille (Frankreich) in Verbindung. Die französische Polizei vernahm Paoleschi in Marseille ohne Erfolg. Doch konnten in seiner Wohnung einige Dokumente — meistens Briefe — entdeckt und beschlagnahmt werden, die der amerikanischen Polizei in Washington übersandt wurden. Auf Grund dieser Dokumente führte das Bureau of Narcotics eine Untersuchung durch, nach deren Abschluß Sperandeo (er war in Wirklichkeit Italiener und hieß Caneba) und seine Hauptkomplicen vor Gericht gestellt wurden (Juli 1951). Die Komplicen waren Franzosen und Italiener, von denen einige in ihren Heimatländern polizeilich gesucht wurden. Die Franzosen hießen Orsini, Spirito, Lagetund D'Agostino, die Italiener Shillitani, Sansone, Randazzo und Giannini. 1951 und 1952 wurden verschiedene dieser Verbrecher in New York zu 2 bis 10 Jahren Gefängnis verurteilt. Die anderen — natürlich die Bandenführer — mußten aus Mangel an Beweisen freigesprochen werden. D'Agostino war seit 1949 flüchtig. Er wurde von den kanadischen Behörden wegen Heroinhandels gesucht.

Diese Verbrecher hatten eine internationale Bande gebildet, die praktisch den Handel aller in Frankreich und Italien gekauften Betäubungsmittel kontrollierte. Jedes Mitglied gab seinen Geldanteil in eine Gemeinschaftskasse. Das Geld wurde für den Kauf der Ware und die Reise- und

Beförderungsspesen gebraucht. Das Betriebskapital betrug zeitweise bis zu 300 000 Dollar, ungefähr 1 1/4 Million DM. Kuriere wurden nach Frankreich und Italien geschickt, um die Ware zu kaufen; diese wurde meistens mit Dollars, manchmal auch mit falschen Dollars, bezahlt.

Im April 1953 wurde Laget in New York in einer neuen Rauschgiftsache festgenommen. Er wurde im März 1954 zu 10 Jahren Gefängnis verurteilt. Die Ermittlungen, die in Frankreich durch die IKPK geführt wurden, ergaben, daß Laget in Wirklichkeit David hieß, viermal in Frankreich verurteilt worden war und wegen eines Doppelmordes seit 1934 gesucht wurde. Ein Brief, der in Lagets Wohnung am Tage seiner Festnahme gefunden wurde, wurde von den Beamten des Bureau of Narcotics dazu benutzt, mit einigen Mitgliedern des Schmugglerrings in Geschäftsverbindung zu treten. Dies führte im Dezember 1953 zur Festnahme des Franzosen Coudert in New York. Bei der Suche nach einem Komplicen des Coudert stieß die amerikanische Polizei auf einen gewissen Chabolla. Seine Fingerabdrücke waren dieselben wie die eines gewissen Bejin, der im April 1953 in Texas erkennungsdienstlich behandelt wurde. Gleichzeitig wurde Chabolla in Paris durch die IKPK als der Franzose Mondoloni identifiziert. Dieser Mondoloni stand in Paris mit dem Franzosen Bistoni in Verbindung. Bistoni, Chef einer französischen Schmugglerbande, wurde im Dezember 1953 in Paris festgenommen. Die Polizei hatte bei ihm 4 kg Heroin beschlagnahmt, das aus einem Pariser Geheim-Labor stammte und von einem französischen Schlafwagenkontrolleur von Paris nach Italien gebracht werden sollte.

Während seiner Vernehmung verriet Coudert alles, was er von der Organisation der Bande wußte, so daß die amerikanischen Polizeibeamten in Verbindung mit ihren Kollegen in Frankreich, Kanada, Italien und Mexiko das ganze internationale Netz aufrollen konnten. Insgesamt fünf Banden in Frankreich, Italien, Mexiko, den Vereinigten Staaten und Kanada konnten dadurch unschädlich gemacht werden.

Die kanadische Bande wurde von einem gewissen Rivard geführt; seine Hauptkomplicen waren Schwartz und die Brüder Mallock.

Die amerikanische Bande hatte Caneba alias Sperandeo als Führer; die wichtigsten Mitglieder wurden schon genannt: Orsini, Shilittani usw.

Die mexikanische Bande wurde von D'Agostino geführt und bestand aus Mondoloni und anderen Komplicen, die über die Vereinigten Staaten mit Kanada in Verbindung standen. D'Agostino wurde im März 1955 in Mexiko festgenommen und nach Nordamerika ausgewiesen. Er wartet jetzt in einem Gefängnis in Texas auf sein Urteil. Nach dem Urteil in den Vereinigten Staaten wird er wahrscheinlich nach Kanada ausgeliefert werden.

Die französische Bande wurde von Bistoni und Ansaldi, die italienische von den Brüdern Severino alias Pirico geführt.

Diese Banden standen miteinander durch Kuriere in Verbindung, von welchen Coudert einer der bedeutendsten war. Coudert vertrat D'Agostino zuerst in Kanada, später in den Vereinigten Staaten. In Kanada befestigte er die Verbindung zwischen Mailand und Montreal. In New York bekam er aus Frankreich via Mexiko jeden Monat 15 kg Heroin. Die Ware wurde meistens in Koffern mit Doppelböden befördert. Oft wurden zum Transport Flugzeuge benutzt, besonders zwischen Mexiko und New York—Montreal, Paris—Montreal, Paris—Mexiko sowie Paris—Havanna.

Das nötige Kapital für den Transport der Ware von Frankreich nach Mexiko wurde in Schweizer Banken deponiert. Bistoni besaß ein Bankkonto in der Schweiz.

Die mexikanische Bande hatte auch in Argentinien und in Kuba Vertreter: nach Südamerika geflohene französische rückfällige Verbrecher.

Der internationale Kreislauf des Rauschgifts erscheint geographisch verwickelt, vollzieht sich jedoch nach bestimmten Regeln. Von 1949 bis 1951 war Italien der größte Heroinlieferant. Seit dieser Zeit kommt dieses Betäubungsmittel vornehmlich aus Frankreich. Das Rohmorphin aus dem Vorderen Orient wird in Marseille an Land gebracht. Es wird dann in Frankreich in Heroin verwandelt, nach Italien und von dort nach Mexiko geschickt. Von Mexiko gelangt die Ware nach Nordamerika und Kanada. Die Schmuggler bevorzugen seit 1951 diesen Umweg über Italien, weil Schiffe und Flugzeuge, die aus Frankreich nach Amerika oder Kanada kommen, genau untersucht werden. Dagegen ist die Grenze zwischen Mexiko und den Vereinigten Staaten leichter zu überschreiten.

III. Die verschiedenen internationalen Schmugglertypen

Die Bearbeitung der Schmuggelfälle, die der IKPK gemeldet wurden, hat ergeben, daß die Hauptschmuggler sich nicht nur nach der Rolle innerhalb ihrer Bande, sondern auch nach ihrer Volkszugehörigkeit unterscheiden. Man beobachtet z. B., daß Araber (Libanesen, Ägypter, Syrier) den Rauschgifthandel zwischen dem Nahen Osten und Westeuropa betreiben. Dagegen sind Amerikaner italienischer Abstammung Leiter des Handels zwischen Westeuropa und den Vereinigten Staaten. Die Transporteure sind meist Seeleute, in der Mehrzahl Chinesen. Die Chemiker können nicht in eine bestimmte Gruppe oder Nationalität einrangiert werden, weil sie in dem Lande, in dem die »Ware« verarbeitet wird, auf Grund ihrer technischen Kenntnisse angeworben werden.

Die Verschiedenheit dieser Typen ist leicht zu erklären. Es leuchtet ein, daß die Organisatoren des »Ausgangshandels« Araber sind, denn der Mittelpunkt der Opium- und Cannabiserzeugung befindet sich in den Ländern des Nahen Ostens. Es liegt auch auf der Hand, daß die Amerikaner, die aus Italien stammen, oder die Italiener, die in Nordamerika leben, sich in ihrem Heimatland viele Beziehungen erhalten haben und infolgedessen die besten Voraussetzungen mitbringen, um den Europa-Amerika-Handel zu organisieren. Ebenso sind die chinesischen Seeleute, aus denen sich viele Schiffsmannschaften zusammensetzen und die herkömmlich Opium rauchen, ideale Transporteure.

Khoury, von dem weiter oben gesprochen wurde, ist der Prototyp des »arabischen« Schmugglers. Der italienisch-amerikanische Typ wird am besten durch den berüchtigten Sizilianer Salvatore Lucania, alias Lucky Luciano, verkörpert (Anlage 1 — s. Seite 151).

Gescheit, schlau und skrupellos war Lucania jahrelang der unbestrittene »Boß« der New Yorker Gaunerwelt. Er kontrollierte insbesondere den gesamten Rauschgiftschmuggel zwischen Europa und Nordamerika. Er wurde von 1916 bis 1936 wegen Einbruchdiebstahls, unbefugten Waffenbesitzes, Glücksspiels und Rauschgiftschmuggels des öfteren festgenommen, konnte dem Gefängnis jedoch fast immer entgehen. Nach alter Taktik beteiligte er sich als Chef der Bande niemals persönlich an den Geschäften. Er mußte daher meistens aus Mangel an Beweisen freigesprochen oder bedingt entlassen werden. Bisweilen wurde er zu Geldstrafen verurteilt.

Im Jahre 1936 gelang es der amerikanischen Polizei, mit viel Geduld zu einem Erfolg zu kommen. Lucania wurde von mehreren Zeugen der Kuppelei bezichtigt und am 2. 4. 1936 vom Gericht in New York zu einer Gefängnisstrafe von 30 bis 50 Jahren verurteilt.

Nachdem Lucania 10 Jahre im Gefängnis zugebracht hatte, wurde er im Februar 1946 freigelassen und nach Italien ausgewiesen. Nach einem langen Aufenthalt in Sizilien, seiner Heimat, ließ er sich in Neapel nieder. Dort lebt er als reicher Bürger, besucht die besten Lokale und Pferderennen. Obgleich er keinen Beruf ausübt, sind seine Einkünfte beachtlich. Die italienische Polizei nimmt an, daß er immer noch in verschiedenen Schwarzhandelsbetrieben (z. B. im amerikanischen Zigarettenschmuggel) Kapitalinteressen hat. Trotz ununterbrochener Polizeiaufsicht konnte Lucania bisher keine illegale Tätigkeit nachgewiesen werden.

Wenn Lucania nach der Herkunft seiner Geldmittel befragt wird, dann erklärt er, daß er viele gute Freunde habe, die ihm Geld zum Leben gäben. Am 10. 10. 1950 wurde ihm in Neapel sogar ein italienischer Paß ausgestellt, der für ein Jahr in folgenden Ländern gültig war: Frankreich, Spanien, Schweiz und Großbritannien.

Der Lucania-Fall interessiert natürlich besonders die amerikanische Polizei, die ihn in Verdacht hat, am Rauschgifthandel zwischen Italien und Nordamerika beteiligt zu sein. Das Generalsekretariat der IKPK wurde aus diesem Grunde oft um Ermittlungen über die wahren Hintergründe der von Lucania in Italien und im Ausland unternommenen Reisen ersucht.

Anfang 1951 ist Lucania von Neapel nach Mailand gereist und dann in einem Auto mit Biondo — einem Italiener, der in den Vereinigten Staaten des Rauschgiftschmuggels verdächtigt wird — nach Sizilien zurückgefahren.

Im Mai 1952 soll sich Lucania über Frankreich nach Nordamerika begeben haben. Er soll dabei im Besitz eines falschen Passes auf den Namen Lozzati gewesen sein. Im Juli 1952 soll er nach Spanien und im Oktober 1952 nach Österreich gereist sein. Die von der IKPK in den Vereinigten Staaten, Frankreich, Österreich und Spanien durchgeführten Ermittlungen waren ergebnislos. Im Juni 1952 wurde Lucanias Paß eingezogen.

Zur Zeit ist Lucania in Neapel Inhaber eines Geschäftes, in dem chirurgische Instrumente verkauft werden. Trotzdem wird der berühmte »racketeer« auch heute noch mit Legenden umgeben, die manchem Journalisten Anlaß geben werden, ihn in Zeitungsartikeln zum Helden irgendeiner »story« zu machen.

IV. Die Bekämpfung der Rauschgiftdelikte

1. Die Nationalen Polizeidienste

In vielen Ländern sind Spezial-Dienststellen mit der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte beauftragt. Die Nachrichten laufen in einer zentralen Nachrichtensammel- und -auswertungsstelle zusammen, so z. B. im

Bureau of Narcotics in Washington (USA),
Bundeskriminalamt in Wiesbaden (Deutschland),
Office Central pour la répression du trafic des stupéfiants in Paris (Frankreich) und
Office Central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants — Ministère Public Fédéral — in Bern (Schweiz).

In vielen Staaten hat man in die regionalen Polizeidienste eine Fachabteilung zur Bekämpfung der Rauschgiftdelikte eingegliedert. So gibt es u. a. in Frankreich in jeder regionalen Kriminalpolizei-Brigade eine derartige Spezialabteilung.

In einigen Ländern sind diese Spezial-Dienststellen den Verwaltungsbehörden unterstellt, die die Herstellung und die Ein- und Ausfuhr der Betäubungsmittel kontrollieren. Dies ist z. B. der Fall beim Bureau of Narcotics in Washington, das eine nachgeordnete Dienststelle des Finanzministeriums ist. Ähnlich ist die Organisation bei der Rauschgiftbrigade der Finanzgarde in Italien.

Die Angehörigen dieser Spezial-Dienststellen können naturgemäß nur in ihrem eigenen Lande dienstlich tätig werden. Zuweilen ist es jedoch notwendig, daß auch in anderen Ländern Ermittlungen durchgeführt werden. In der Praxis geschieht das z. B. in der Weise, daß die ausländischen Beamten mit allem erforderlichen Material versehen und bei den anzustellenden Ermittlungen von einem inländischen Beamten begleitet werden, der etwa erforderlich werdende Vernehmungen protokolliert.

In diesem Zusammenhang darf darauf hingewiesen werden, daß bei der amerikanischen Botschaft in Rom eine Spezialabteilung der Polizei (Leiter: Charles Siragusa) existiert, die zum Bureau of Narcotics in Washington gehört. Das Wiederaufleben des Rauschgiftschmuggels zwischen Westeuropa und den Vereinigten Staaten hat die amerikanische Regierung veranlaßt, den Kampf gegen den illegalen Handel an der Quelle zu führen. Im Jahre 1951 wurden daher mehrere amerikanische Beamte nach Europa abgeordnet, um die Schmugglerbanden mit Hilfe der Nationalen Polizeien zu vernichten. Diesen Beamten wurden umfangreiche Arbeitsmöglichkeiten gegeben. So sind sie u. a. mit schnellen Kraftwagen, den erforderlichen Geldmitteln und Reiseerlaubnissen für alle Länder Westeuropas und des Nahen Ostens ausgestattet worden.

Die Hauptaufgabe dieser US-Polizeibeamten besteht darin, in Zusammenarbeit mit den zentralen oder örtlichen Polizeien Unterlagen zu erlangen, die beim polizeilichen Einschreiten durch die italienische Polizei oder eine andere Nationalpolizei (z. B. Festnahme, Durchsuchung, Beschlagnahme usw.) als Überführungsmaterial verwertet werden können. Diese Taktik hat sich bis jetzt ausgezeichnet bewährt.

2. Die Tätigkeit der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission (IKPK)

Die Tätigkeit der IKPK kann mit der der Zentralstellen zur Bekämpfung der Rauschgiftdelikte in den einzelnen Mitgliedstaaten verglichen werden.

Die Aufgaben des Generalsekretariats der IKPK sind folgende:

— Koordinierung der Arbeit der Nationalen Zentralbüros zur Bekämpfung der Rauschgiftdelikte, insbesondere des internationalen Rauschgiftschmuggels;
— Einrichtung einer internationalen Zentralkartei über Rauschgiftschmuggler und -händler;
— unmittelbare Übersendung aller Unterlagen über internationale Rauschgifttäter an alle Mitgliedstaaten oder andere fachlich interessierte Stellen.

Die IKPK ist demnach auf dem Gebiete der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte:

a) Internationale Nachrichtensammel- und -auswertungsstelle und
b) Internationale Auskunftsstelle über kriminalpolizeiliche Zusammenhänge.

Nunmehr soll im einzelnen dargestellt werden, wie sich die Arbeit der IKPK vollzieht.

Wenn die Kriminalpolizei eines Landes in einer Rauschgiftsache tätig geworden ist, so übersendet die in diesem Lande bestehende Zentralstelle zur Bekämpfung der Rauschgiftdelikte — in der Bundesrepublik das Bundeskriminalamt — der IKPK folgende Unterlagen:

1. Einen Vordruck Sb (Anlage 2 — s. Seite 153 ff.), der folgende Einzelheiten enthält
   - Tag und Ort der Entdeckung;
   - Art und Gewicht des beschlagnahmten Rauschgiftes;
   - Beschaffungsort, Beschaffungsweise (Einkauf, Diebstahl, Veruntreuung usw.);
   - Ursprungsort (Pflanzung oder Erzeugung);
   - Verpackung, Etiketten, Fabrikzeichen usw.;
   - Bestimmungsort der Betäubungsmittel;
   - Beförderungsmittel;
   - Weg des Rauschgiftes vom Ursprungs- oder Beschaffungsort bis zum Verbrauchsort;
   - Wo wurde die Ware versteckt?
   - Kurzer zusammenfassender Bericht über den Fall: Personenstand, Staatsangehörigkeit, Beruf der Festgenommenen, Arbeitsweise;
   - Strafmaßnahmen.
2. Das erkennungsdienstliche Material und einen Strafregisterauszug über jede festgenommene Person.

Dieses Material wird beim Generalsekretariat der IKPK von der Gruppe zur Bekämpfung von Rauschgiftdelikten wie folgt behandelt:

Vergleichsarbeit-Aktenhaltung

Die gesamten Unterlagen werden in alphabetischen, phonetischen, photographischen und daktyloskopischen Karteien verglichen. Hierbei wird versucht, an Hand etwaiger früherer Meldungen über einschlägige Arbeitsweise von Rauschgifttätern die Identität gewisser Personen festzustellen.

In den Fällen ergebnisloser Nachsuche wird für Einzeltäter eine kriminalpolizeiliche Personenakte angelegt, für Gemeinschaftstäter (Gruppen, Banden usw.) daneben noch eine Sachakte. Die Sachakte wird nach Ort, Rauschgiftart usw. benannt, so daß sie z. B. heißen kann »Entdeckung eines Geheim-Labors in Havanna im Februar 1955« oder auch »Beschlagnahme von Rohopium in Triest im April 1955«. In die Sachakte gehören der Vordruck Sb und der Schriftwechsel mit den verschiedenen an der Sache interessierten Ländern, besonders mit dem Land, aus dem die Ware kommt und für das sie bestimmt ist. Die Personenakte enthält im allgemeinen nur Erkenntnisse über die Person des Täters. Eine Ausnahme bilden die Fälle, in denen ein Einzeltäter aufgetreten ist. Hier enthält die Personenakte das gesamte Material; sie ist also gleichzeitig Personen- und Sachakte.

In den Fällen erfolgreicher Nachsuche, d. h. bei der Ermittlung eines Täters oder mehrerer Täter (Personenakten bereits vorhanden!), wird analog verfahren.

Zur näheren Erläuterung soll der Fall »Beschlagnahme von Rohopium in Triest im April 1955« hinsichtlich seiner Bearbeitung kurz beschrieben werden.

Am 4. 4. 1955 meldete die italienische Polizei der IKPK, daß fünf italienische Schmuggler in Triest festgenommen worden seien; 3 kg Rohopium seien beschlagnahmt worden. Der Lieferant, ein jugoslawischer Staatsangehöriger, sei nach Jugoslawien geflüchtet. Noch am gleichen Tage wurde die Kriminalpolizei in Belgrad von dem Sachverhalt in Kenntnis gesetzt. Die kriminalpolizeilichen Ermittlungen führten am 4. 5. in Rijeka zu der Beschlagnahme von 5 kg Opium in der Wohnung der Führerin der Bande, einer gewissen Zinka Zadkovitch. Acht weitere Personen, darunter die beiden Hersteller des Opiums — wohnhaft in Kumanovo und Stip (Mazedonien) —, konnten verhaftet werden.

Das Opium war vom Herstellungsort mit der Eisenbahn oder im Autobus bis Rijeka transportiert worden. In Rijeka wurde die Ware vom Schwiegersohn der Zadkovitch, der Autobusschaffner war, über die Grenze nach Italien befördert.

Durch intensive Zusammenarbeit der italienischen und jugoslawischen Kriminalpolizei mit der IKPK konnte somit eine Rauschgifthändlerbande unschädlich gemacht und insgesamt 8 kg Opium beschlagnahmt werden.

Bei Anlage der Personenakte werden dem Täter in der Zentralkartei (mit alphabetischer und phonetischer Ordnung), in der Verbrecherlichtbildsammlung und in der Zehnfingerabdrucksammlung verschiedene Karteikarten zugeteilt. Daneben wird die Person in zwei weiteren Karteien geführt, deren Wert immer mehr zutage tritt.

In der Merkmalskartei, die sich auf die verschiedensten Körpermerkmale bezieht, werden z. B. Gestalt, Rasse, Gesichtsform und -farbe, Mienenspiel, Haarfarbe und -art, Bartwuchs, Zähne, Stimme, Körperhaltung und -bewegung, Gang, sichtbare Kennzeichen (Narben, Male, Verkrüppelungen und Amputationen) und nicht zuletzt Besonderheiten wie das evtl. nervlich bedingte Händereiben, das Abbeißen der Nägel, Glattstreichen der Kleidung usw. vermerkt. Weiter werden hier die vom Täter bevorzugten Tatorte festgehalten, wie Stadt, Land, Kurhaus, Pferderennplatz, Hotel, Eisenbahn, Straßenbahn, Kaufhaus, Museum, Kirche, Messe usw. Zur Klassifizierung werden verschiedenfarbige Reiter benutzt, deren Variation eine große Zahl von Suchmöglichkeiten zuläßt.

Daneben besteht die Vergleichs- und Auswertungskartei, deren Karten nach dem Inhalt der Personenakten zusammengestellt werden. Sie enthalten die von dem betreffenden Täter begangenen Straftaten nach Zeit und Ort, Staatsangehörigkeit, Lebenslauf usw. Auch bei dieser Kartei, die nach dem Lochkartensystem arbeitet, ist die Zahl der Kombinationsmöglichkeiten sehr groß, was in vielen Fällen zu ausgezeichneten Hinweisen geführt hat.

Ist die Auswertung abgeschlossen und sind die erforderlichen Karten angelegt, so werden in dem Heimatland des Täters Auskünfte eingeholt, wobei besonderer Wert auf die Feststellung der Person, auf frühere Straftaten, Beruf, Wohnsitz (-wechsel), Mittäter usw. gelegt wird. Falls über einen Täter bei der IKPK bereits eine Personenakte vorhanden ist, werden die darin enthaltenen Mitteilungen sofort dem Nationalen Zentralbureau des Landes übersandt, das der IKPK die Rauschgiftsache gemeldet hat.

Sind die Antworten der verschiedenen Länder bei der IKPK in Paris eingegangen, so kann der Beamte, der den Fall zu bearbeiten hat, vor drei Möglichkeiten stehen, die sich etwa wie folgt darstellen:

a) Der Täter ist italienischer Staatsangehöriger und in der Zentralkartei der IKPK nicht erfaßt. Er scheint sein Heimatland nicht verlassen zu haben. Wenn er dort bereits vorbestraft ist, so handelt es sich nur um einen nationalen Täter. Seine Personenakte wird deshalb zunächst im Archiv (Personenaktenhaltung) abgelegt, bis eine neue Nachricht über ihn bei der IKPK eingeht.

b) Der Täter ist Ausländer, dessen Person nicht feststeht. Die italienische Polizei äußert den Verdacht, daß es sich um einen internationalen Verbrecher handeln könne, der evtl. in anderen Ländern bekannt sei oder gesucht werde. Sie fragt deshalb bei der IKPK an, die hierdurch zu einer Rundfrage angeregt wird. Zunächst ergeht eine Funkanfrage an alle Stationen des Interpol-Funknetzes, die — möglichst schnell — durch einen internationalen Fahndungshinweis ergänzt wird. Dieser Hinweis enthält u. a. das Lichtbild und die Fingerabdrücke des Täters.

c) Der Täter ist ein Ausländer, der in mehreren Ländern vorbestraft ist. Hier handelt es sich um einen internationalen Verbrecher, dessen Personenbeschreibung (mit Lichtbild und Fingerabdrücken) unverzüglich allen Mitgliedstaaten der IKPK zugänglich gemacht werden muß.

Die Fahndungshinweise der IKPK

Die internationalen Fahndungshinweise, die soeben erwähnt wurden, lassen sich in drei Gruppen (Anlagen 3, 4 und 5 — s. Seiten 157, 159, 161) gliedern:

— Internationale Ausschreibung von Personen, gegen die Haftbefehl besteht und deren Auslieferung beantragt wird

Diese Ausschreibungen sind mit einem roten Viereck rechts oben versehen. Sie geben den wirklichen oder vermutlichen Personenstand der gesuchten Person wieder, ihre Staatsangehörigkeit, den Beruf, Aliasnamen, die Personenbeschreibung, Vorstrafen und eine kurze Skizze der Tatausführung. Wenn es möglich ist, enthält der Fahndungshinweis auch das Lichtbild und die Fingerabdrücke des Gesuchten. Er gibt weiter Auskunft über Nummer

und Datum des Haftbefehls, die Gerichtsbehörde, die ihn erlassen hat, und den Grund des Fahndungsersuchens. Die roten Fahndungsausschreibungen, die von der IKPK verbreitet werden, sind nach und nach zu internationalen Haftbefehlen geworden. Sie werden von den Gerichtsbehörden der Mitgliedstaaten als solche anerkannt. Wird der Verbrecher entdeckt, so wird er in den meisten Fällen auch präventiv festgenommen. Das Nationale Zentralbureau des Festnahmelandes fragt mit Interpolfunk bei dem ausschreibenden Land an und bittet um Bestätigung des Auslieferungsersuchens. Diese Bestätigung stellt zunächst das einzige offizielle Dokument dar, auf Grund dessen der Beschuldigte in Haft behalten werden kann, und zwar so lange, bis die Auslieferungsakte eingeht. Diese Tatsache ist ein Novum, dessen Wert nicht stark genug betont werden kann. Einzig und allein der Umstand, daß die IKPK durch die Zusammenfassung der Nachrichten zu einer exakt arbeitenden Hilfsbehörde der Kriminalpolizeien aller Mitgliedstaaten geworden ist, hat zu dieser Erleichterung im internationalen Rechtshilfeverkehr geführt.

— Fahndungsausschreibungen, die der Einholung von Auskünften dienen

Es kommt in immer steigendem Maße vor, daß sich die Mitgliedstaaten an die IKPK wenden, um Nachrichten über das Vorleben eines Verbrechers zu erhalten, dessen frühere Aufenthaltsorte nicht bekannt sind. Hier besteht die Aufgabe der IKPK darin, die Person festzustellen, die Vorstrafen zu erforschen und alle sachdienlichen Nachrichten über den Betreffenden zu sammeln. Falls sie selbst noch keine Auskünfte über den Täter besitzt, gibt die IKPK einen Hinweis heraus, der mit einem blauen Viereck gezeichnet ist. Dieser Hinweis soll die Nationalen Zentralbureaus dazu veranlassen, der IKPK alle Nachrichten zu übermitteln, die bei ihnen bereits vorliegen oder die sie sammeln können.

— Vorbeugende Ausschreibungen

Diese Fahndungsausschreibungen, die mit einem grünen Viereck versehen sind, sollen die Aufmerksamkeit der Kriminalpolizei auf bestimmte internationale Verbrecher lenken, ohne daß deren Festnahme zur Zeit beantragt wird.

In Rauschgiftsachen übersendet die IKPK den Nationalen Zentralbureaus u. a. folgende Unterlagen:

1. Monatslisten über die Rauschgiftsachen (Anlage 6 — s. Seite 163 bis 168), die der IKPK gemeldet wurden. Diese Listen stellen eine Zusammenfassung der Mitteilungen dar, die nach Vordruck Sb gemeldet wurden. Sie geben den Rauschgiftdienststellen aller Länder die Möglichkeit, die internationalen Rauschgifthändler in ihren Karteien zu erfassen und zu überwachen. Mit ihrer Hilfe können die Täter während ihrer Reisen ständig kontrolliert werden. Die Monatslisten sind auch hinsichtlich der Arbeitsweise der Verbrecher und der von ihnen für ihre »Ware« bevorzugten Verstecke besonders aufschlußreich.
2. Jahreslisten über Seeleute, die sich mit Rauschgifthandel befaßt haben. Ihre Tätigkeit wird den Ländern gemeldet, deren Staatsangehörigkeit sie besitzen. Zweck dieser Mitteilung ist, ihnen das Recht, auf See zu fahren, aberkennen zu lassen.
3. Jahreslisten über Schiffe und Flugzeuge, die Rauschgift befördert haben. In den Nationalkarteien werden den Schiffen und Flugzeugen Karten zugeteilt, so daß sie bei jeder Landung durchsucht werden können.

Im Rahmen seiner Ermittlungstätigkeit bemüht sich das Generalsekretariat der IKPK auch, die Herkunft des Rauschgiftes festzustellen. Sie kann entweder im Zuge der Ermittlungen oder durch eine chemische Untersuchung bestimmt werden.

Wenn es der Polizei gelungen ist, durch die Vernehmung der Beschuldigten Auskünfte über die Herkunft des Rauschgiftes zu erlangen, so wird durch eine Anfrage im angegebenen Herkunftsland sofort eine Überprüfung eingeleitet.

Ist es der Polizei dagegen nicht gelungen, die Herkunft der Betäubungsmittel festzustellen, dann werden z. B. Probestücke von Opium usw., die in umfangreichen Rauschgiftsachen beschlagnahmt werden konnten, an die Rauschgiftkommission der Vereinten Nationen übersandt, die alsdann auf ihrem Wege (chemische Untersuchung) versucht, eine Klärung herbeizuführen.

Beispiele für den Wert internationaler kriminalpolizeilicher Zusammenarbeit

Im folgenden soll an Hand einiger Beispiele dargetan werden, welche Möglichkeiten die internationale kriminalpolizeiliche Zusammenarbeit bietet und welche Vorteile durch die Zentralisierung der Nachrichten bei der IKPK gegeben sind.

1. Im März 1954 wurde die IKPK benachrichtigt, daß gegen das Ehepaar Feiner vom Gericht in Leoben (Österreich) ein Haftbefehl erlassen worden war. In der Wohnung dieses Paares war eine große Menge Morphin entdeckt worden.

   Sofort wurde von der IKPK ein Funkspruch an alle Interpolstationen gesandt. Dieser Funkspruch wurde durch zwei internationale Fahndungshinweise (mit einem roten Viereck rechts oben) ergänzt. Am 9. 7. 1954 wurde das Ehepaar in Stuttgart festgenommen und verhaftet. Es wurde nach Österreich ausgeliefert.

2. Im Januar 1954 wurde der aus Algerien stammende Franzose Guettouche in Mannheim wegen Schleichhandels mit Marihuana festgenommen. Die durch das Generalsekretariat der IKPK eingeholten Auskünfte ergaben, daß Guettouche folgende kriminellen Vorgänge hatte:
   - in Frankreich (1950 in Bethune wegen Diebstahls und 1952 in Avesnes wegen Benutzung eines gefälschten Personalausweises) erkennungsdienstlich behandelt;
   - in Belgien (1950 in Antwerpen und 1951 in Mons wegen Diebstahls, 1952 in Turnhout wegen illegaler Einreise und falscher Namensführung) verurteilt;
   - in der Schweiz (1952 in Fraubrunnen wegen Diebstahls und Veruntreuung und in Schaffhausen wegen illegalen Aufenthalts) verurteilt; im September 1952 von den Schweizer Justizbehörden wegen Diebstahls gesucht und im Oktober aus dem Lande verwiesen;
   - in Deutschland (1953 in Bad Dürkheim wegen Verstoßes gegen die Paßbestimmungen und wegen illegalen Grenzübergangs) erkennungsdienstlich behandelt.

   Im Juli 1954 wurde über diesen internationalen Verbrecher eine präventive internationale Ausschreibung (mit grünem Viereck rechts oben) veröffentlicht.

3. Im November 1949 übersandte die kanadische Polizei der IKPK die Fingerabdrücke eines gewissen Michel Sisco, der in Montreal im Zusammenhang mit einem bedeutsamen Heroinschmuggel festgenommen worden war. Als man Sisco gegen Kaution auf freien Fuß gesetzt hatte, ergriff er die Flucht.

   In Zusammenarbeit mit der französischen und italienischen Polizei gelang es der IKPK festzustellen:

   a) Die richtige Identität des Sisco ist D'Agostino, Antoine, geboren 1914 in Bone (Algerien). Er ist französischer Staatsangehöriger und wurde in Frankreich dreimal (1938, 1939 und 1948) wegen Diebstahls und Landstreicherei und in Algerien einmal wegen schweren Diebstahls verurteilt. Außerdem wurde er 1948 vom Staatsgerichtshof in Toulouse zum Tode verurteilt. Er wird zwecks Strafvollzuges gesucht.

   b) Unter dem Namen Floris wurde er im April 1948 von den Justizbehörden in Genua (Italien), nach Aushebung einer Fälscherwerkstatt in San Remo, in der falsche amerikanische und französische Banknoten gedruckt worden waren, verfolgt. Da er flüchtig war, wurde Haftbefehl gegen ihn erlassen, der jedoch — nach einem Freispruch durch das Berufungsgericht in Genua — im März 1949 aufgehoben wurde.

   Im Juli 1950 erging auf Ersuchen der kanadischen Behörden ein internationales Fahndungsausschreiben. Im August 1951 wurde der noch immer flüchtige D'Agostino von den Justizbehörden in New York des Rauschgiftschmuggels bezichtigt. Er gehörte zu einer großen Organisation von Heroinhändlern, die Vertreter in den Vereinigten Staaten, Kanada und Frankreich hatte. Die Entdeckung von 4 kg Heroin in Paris im Dezember 1953 bestätigte, daß das in Frankreich produzierte Heroin über Italien und Mexiko nach den Vereinigten Staaten gelangte. D'Agostino war ein einflußreiches Mitglied dieser Organisation in Mexiko. Im März 1955 wurde er in Mexiko festgenommen und nach Nordamerika ausgewiesen. Nach seiner Verurteilung in den Vereinigten Staaten wird er an Kanada ausgeliefert werden.

4. Im April 1952 wurde der französische Staatsangehörige Tomasovitch, geboren 1900 in Jugoslawien, nach der Entdeckung einer Heroinwerkstatt in Paris festgenommen. Tomasovitch war Lieferant von Morphin, das er aus Jugoslawien bezog. Die durch das Generalsekretariat der IKPK eingeholten Auskünfte ergaben, daß Tomasovitch bis 1933 auf der Eisenbahnstrecke Istanbul—Athen—Belgrad—Paris Schlafwagenkontrolleur war und nebenher Rauschgiftschmuggel betrieb. Er wurde deswegen mehrmals, und zwar in den Jahren 1933 bis 1937, in Jugoslawien festgenommen.

Im Februar 1953 wurde gegen diesen Verbrecher eine internationale Ausschreibung veröffentlicht. Auf Grund dieser Ausschreibung stellte die IKPK fest:

— in Istanbul (Türkei) war Tomasovitch 1933 wegen Devisenhandels erkennungsdienstlich behandelt worden;

— in Österreich hatte er sich 1938 an einem Rauschgiftschmuggel beteiligt.

Der internationale Hinweis hatte die Aufmerksamkeit der französischen und jugoslawischen Behörden auf die Reisen dieses internationalen Verbrechers gelenkt. Als sich Tomasovitch im Sommer 1954 nach Jugoslawien begab, um dort den Rauschgifthandel mit Frankreich zu organisieren, wurde er in Belgrad festgenommen. Kurz vor seiner Festnahme hatte er von einem jugoslawischen Komplicen 1 kg Morphin erhalten. Er wurde im Januar 1955 in Belgrad zu drei Jahren Gefängnis verurteilt und starb in der Haft nach einer kurzen Krankheit.

5. Bei diesem Beispiel handelt es sich um eine Sache, die für die internationale Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung war. Ende Mai 1955 unterrichtete die kanadische Polizei die IKPK über folgende Tatsachen:

»Im Januar 1954 meldete der Vertreter des amerikanischen Bureau of Narcotics in Europa der kanadischen Polizei, daß ein gewisser Lippe, ungefähr 50 Jahre alt, 1,60 m groß, oft nach Brüssel fliege, um dort Heroin abzuholen, das von in Paris lebenden Korsikanern herangeschafft würde. Dieser Lippe habe als Komplicin eine blonde Frau, die den Auftrag habe, das Heroin nach Kanada zu befördern. Die Ware sei für einen amerikanischen »gang« bestimmt.«

Im September 1954 wurde der Rauschgiftschmuggler Brent in Vancouver (Kanada) ermordet. Die Stadtpolizei erfuhr, daß der Belieferer des Brent unter dem Spitznamen »The Nipper« oder »Lipa« bekannt war und daß seine Personenbeschreibung mit der vom Bureau of Narcotics gegebenen übereinstimmte. Es konnte ermittelt werden, daß dieser Mann früher in Viktoria und im kritischen Zeitpunkt in Toronto wohnte. Er hieß Rosenblatt, Jakob, war Pole von Geburt und staatenlos.

Ende April 1955 schrieb Rosenblatt einem gewissen in Brüssel wohnhaften O. Lipa, um ihm seine Reise nach Europa für Monat Mai anzukündigen; er wollte am 18. Mai mit dem Flugzeug von Montreal nach Paris fliegen.

Die erwähnte blonde Frau wurde als die deutsche Staatsangehörige Hannelore Rosenblum identifiziert. Sie fuhr am 22. Mai mit dem Dampfer »Arosa Star« von Quebec nach Deutschland. Die IKPK wurde von der kanadischen Polizei gebeten, sie während ihrer Reise in Europa überwachen zu lassen.

Die internationale Zusammenarbeit führte zu folgenden Ergebnissen:

— In Frankreich ermittelte die französische Polizei, daß Jakob Rosenblatt pünktlich angekommen war, einen falschen englischen Paß auf den Namen Angel besaß und dort seine beiden Brüder Tobias, wohnhaft in Berlin, und Leiser, wohnhaft in Brüssel, getroffen hatte. Jakob fuhr am 25. Mai nach Hamburg, Leiser am 22. Mai nach Brüssel; Tobias verließ am 23. Mai Paris mit unbekanntem Bestimmungsort.

— In Deutschland wurde festgestellt, daß sich Jakob Rosenblatt in Hamburg und Bremen aufgehalten hatte. In Bremen hatte er jeden Tag eine Zusammenkunft mit Hannelore Rosenblum, die bis zum November 1954 in Berlin gewohnt hatte. Sie reiste dann nach Kanada ab. Nachdem sie nach Deutschland zurückgekehrt war, hielt sie sich in München und Bremen auf. Am 22. Juli fuhr sie mit dem Dampfer »Kolumbia« von Bremen ab. Das Schiff sollte sie via Southampton (England) und Cherbourg (Frankreich) nach Montreal bringen. Jakob Rosenblatt reiste am folgenden Tage mit dem Zug nach Paris.

  Tobias Rosenblatt, der schon lange in Berlin wohnhaft ist, war — ebenso wie die Rosenblum — der deutschen Polizei als Rauschgiftschmuggler nicht bekannt. Am 20. Juni fuhr Tobias Rosenblatt für zwei Tage nach Frankfurt, um aber gleich wieder zurückzufahren.

— Leiser Rosenblatt wohnte in Belgien (Brüssel), wo er seit 1929 ein Konfektionsgeschäft besaß. Dieser Laden hieß »Lipa«. — Lipa ist auch der Spitzname seines Bruders Jakob. Jakob hielt sich von 1947 bis 1951 bei seinem Bruder Leiser in Brüssel auf. 1953 stand er im Verdacht, an einem umfangreichen Falschgeldhandel beteiligt gewesen zu sein. Aus Mangel an Beweisen wurde er jedoch nicht verfolgt. Leiser Rosenblatt ist in Belgien nicht vorbestraft.

— In England führten die kriminalpolizeilichen Ermittlungen zu dem Nachweis, daß ein Paß auf den Namen eines gewissen Angel, geboren in London, ausgestellt worden war. Das Lichtbild, das die Paßakte enthält, stellt Jakob Rosenblatt dar. Dieser hatte sich den Paß wahrscheinlich mit gefälschten Dokumenten erschlichen.

Die IKPK benachrichtigte die kanadische Polizei von den Ermittlungsergebnissen in Europa.

Jakob Rosenblatt, der am 28. Juli von Paris mit dem Flugzeug nach Montreal flog, kam dort am 29. Juli an. Am 2. August fand sich auch seine Komplicin Hannelore Rosenblum, die mit dem Schiff gefahren war, in Montreal ein. Beide wurden ständig beschattet. Schließlich gelang es der kanadischen Polizei, sie am 5. August mit einem dritten Teilnehmer — Jack Goldhar — in Toronto festzunehmen. In Rosenblatts Wohnung wurden 2 kg Heroin und $^1/_2$ kg Opium gefunden.

Die Sache sollte noch mit einer Überraschung enden! Als die Fingerabdrücke des verhafteten Jakob Rosenblatt der IKPK übersandt wurden, konnte festgestellt werden, daß bereits gleiche Abdrücke in der Zehnfingerabdrucksammlung des Generalsekretariats einlagen. Es handelt sich danach bei Jakob Rosenblatt in Wirklichkeit um den internationalen Verbrecher Lipa Sztulman, polnischer Staatsangehöriger, Spezialist für Taschendiebstahl. Über diesen Verbrecher hatte schon das frühere Internationale Bureau der IKPK in Wien eine Ausschreibung veröffentlicht. Sztulman war in Polen, Österreich, Deutschland und in der Schweiz wegen Diebstahls mehrfach vorbestraft. In Deutschland wurde er im Jahre 1920 und im Jahre 1928 wegen Taschendiebstahls und falscher Namensführung verurteilt. Im Jahre 1932 war er in Magdeburg wegen Taschendiebstahls festgenommen worden.

Die Verbindung zwischen Rauschgiftverbrechen und sonstigen Straftaten

Aus den bisherigen Ausführungen ist zu entnehmen, daß internationale Spezialisten des Taschendiebstahls und des Falschgeldverbrechens sich gelegentlich auch mit Rauschgifthandel befassen. Der zuletzt beschriebene Fall zeigt, wie der frühere Taschendieb Sztulman sich in einen internationalen Rauschgiftschmuggler verwandelte.

Erwähnenswert ist auch der Fall eines gewissen Pasquale Giannini, eines in New York wohnhaften Amerikaners italienischer Abstammung, der der amerikanischen Polizei als Rauschgiftschmuggler bekannt war und der falsche Dollar-Noten nach Italien einführte, die aus einer Druckerei in Buffalo (USA) stammten. Das Falschgeld wurde im Jahre 1952 in Italien von Komplicen, die in den Vereinigten Staaten bereits wegen Rauschgiftschmuggels bestraft worden waren, gegen Heroin in Zahlung gegeben. Die Sache wurde von der italienischen Polizei entdeckt, als sie im August 1952 bei der Festnahme von zwei italienischen Staatsangehörigen 4 kg Heroin beschlagnahmen konnte. Die Ermittlungen ergaben, daß das Rauschgift an Giannini geliefert werden sollte. Von diesem Giannini wurde bereits eingangs gesprochen. Er gehörte der Organisation an, die in New York von Caneba alias Sperandeo geführt wurde. Einer seiner Komplicen war D'Agostino alias Sisco, der Chef der mexikanischen Bande. Dieser wurde im übrigen im Jahre 1948 in Italien ebenfalls wegen Geldverfälschung verfolgt.

Abschließend soll noch ein Fall erwähnt werden, der ebenfalls zeigt, daß sich zahlreiche internationale Schleichhändler gleichzeitig mit dem Handel von Rauschgift und der Verbreitung von Falschgeld befassen:

Alarico Valle, Italiener, Amerikaner durch Naturalisation, wohnhaft in New York, war 1932, 1937 und 1950 in einen umfangreichen Heroinschmuggel zwischen Italien und den Vereinigten Staaten verwickelt. Leider konnte er Europa jedesmal kurz vor seiner Festnahme verlassen. In den Vereinigten Staaten konnte er aus Mangel an Beweisen nicht gerichtlich belangt werden.

Valle wurde in Amerika und in Europa unauffällig überwacht. Im Januar 1954 beantragte er einen Paß für eine Reise nach Italien. Die italienische Polizei wurde sofort benachrichtigt. Bei seiner Ausschiffung in Neapel wurde sein Gepäck von den italienischen Zollbehörden sorgfältig untersucht Dabei wurde Falschmünzermaterial, insbesondere Klischees für 5000- und 10 000-Lire-Noten, entdeckt.

Bei seiner Vernehmung erklärte Valle, er habe die Geräte von einem gewissen Arturo erhalten, der daraufhin in den Vereinigten Staaten festgenommen wurde. Im Verlaufe der Ermittlungen beschlagnahmte die amerikanische Polizei 75 000 Bogen Papier, die zur Herstellung von falschen Lire-Noten bestimmt waren.

Anlage 1

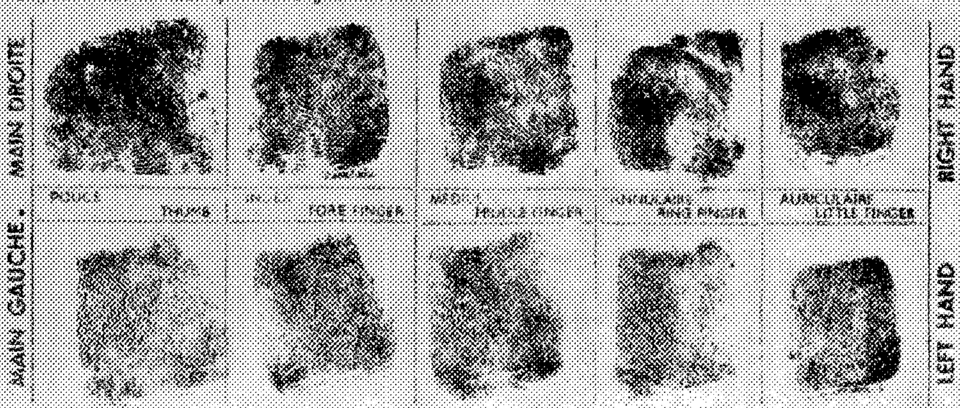
REPERTOIRE SPECIALISTES - REPERTOIRE SPECIALISTES - REPERTOIRE SPECIALISTES

CONFIDENTIEL

LUCANIA

Salvator. **Section : STUPÉFIANTS**

né le 24 Novembre 1897 à LERCARA/FRIDI (Italie)
Fils de Antonio et de Rosalie COPPORELLI
Nationalité : Italienne
ETAT CIVIL CONTROLE EXACT
Alias : LUCIANO Lucky
ROSS Charles
LANES Charles
REID Charles
Signalement : voir photo ci-jointe.





Condamnations antérieures :

A fait l'objet, depuis 1916, de nombreuses enquêtes ou arrestations aux Etats-Unis, surtout à NEW YORK City. A été relaxé, libéré conditionnellement ou condamné à maintes reprises dans ce pays à des peines de prison ou d'amende, en particulier en 1920, 1927, 1932 1936, notamment pour vol qualifié, port d'armes, organisation de jeux clandestins, trafic de stupéfiants (1916). Incarcéré en Juin 1936 à la prison de SING-SING, totalisait de 30 à 50 ans de prison. Expulsé des Etats-Unis le 20 Février 1946 à destination de l'Italie. FIGURE SUR LA LISTE DES INDIVIDUS DANGEREUX ETABLIE PAR LE BUREAU DES STUPEFIANTS A WASHINGTON SOUS LE N° 196.

Renseignements divers :

Arrivé en Italie le 20 Mars 1947 via CUBA. Titulaire du passeport italien n° 8 343 902/10987 délivré le 10 Octobre 1950 à NAPLES et valable pour la France, Espagne, Suisse, Grande-Bretagne. Peut être accompagné du nommé BIONDO Joseph né le 16 Avril 1897 en Italie, ressortissant américain, titulaire du passeport n° 198852 délivré le 1° Février 1950 à WASHINGTON. A eu pour complices les nommés COSTELLO Frank, LANSKY Meyer, SIEGEL Benjamin, MILANO Frank, GENTILE Nicolas.

Motif de la diffusion :

TRAFIQUANT INTERNATIONAL TRES DANGEREUX A SURVEILLER ETROITEMENT ET DISCRETEMENT (RELATIONS DEPLACEMENTS) PAR LES SERVICES DE POLICE, LA DOUANE, LES SERVICES SPECIALEMENT CHARGES DE LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC ILLICITE DES STUPEFIANTS. En vue de contrôler ses déplacements, prière d'aviser la C.I.P.C., Secrétariat Général, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS) de toute arrivée et de tout départ de cet individu en provenance ou à destination de l'étranger.

N° 265/48

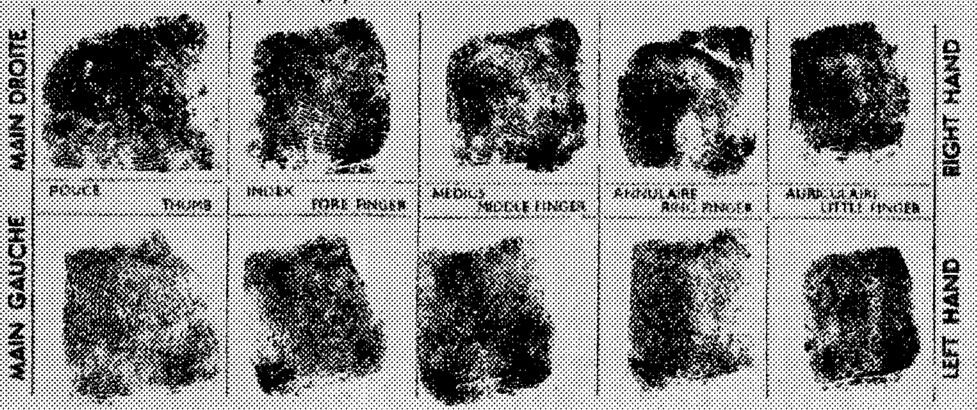
REPERTOIRE SPECIALISTES REPERTOIRE SPECIALISTES REPERTOIRE SPECIALISTES

CONFIDENTIAL

LUCANIA

Salvator. **Section : NARCOTICS**

born on November 24th 1897 in LERCARA/FRIDI (Italy)
son of Antonio and Rosalie COPPORELLI
Nationality : Italian
IDENTITY HAS BEEN CHECKED AND IS EXACT
Alias : LUCIANO Lucky
ROSS Charles
LANE Charles
REID Charles
Description : see accompanying photo.





Previous convictions :

He has been the subject since 1916 of numerous enquiries or arrests in the United States, especially in NEW YORK CITY. He was conditionally released or condemned several times in this country to terms of imprisonment or fines, in particular in 1926, 1927, 1932, 1936 chiefly for aggravated theft, carrying weapons, organizing gambling clandestinely, drug traffic (1916). Imprisoned in June 1936 in SING-SING prison with a total of 30 to 50 years imprisonment. Expelled from the United States on February 20th 1946 for Italy. HE FIGURES ON THE LIST OF DANGEROUS INDIVIDUALS ESTABLISHED BY THE NARCOTICS BUREAU IN WASHINGTON, UNDER n° 196.

Miscellaneous information :

Arrived in Italy 20th March 1947 via CUBA. Holder of an Italian passport n° 3 243 002/10887 issued on October 10th 1950 in NAPLES and valid for France, Spain, Switzerland, and Great-Britain. He might be accompanied by BIONDO Joseph born on April 16th 1897 in Italy, American national, holder of passport n° 199082 issued on February 17th 1950 in WASHINGTON. He had as an accomplice COSTELLO Frank, LANSKY Meyer, SIEGEL Benjamin, MILANO Frank, GENTILE Nicolas.

Reason for this circulation :

VERY DANGEROUS INTERNATIONAL TRAFFICKER, TO BE WATCHED CLOSELY AND DISCREETLY (ASSOCIATIONS CHANGES OF ABODE) BY THE POLICE AUTHORITIES, THE CUSTOMS' AND THOSE AGENCIES WHICH ARE MORE PARTICULARLY ENTRUSTED WITH THE STRUGGLE AGAINST THE ILLICIT TRAFFIC IN NARCOTICS. In order to check his changes of abode, please inform the I.C.P.C., General Secretariat, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS) of any movements of this individual into or out of your Country.

I.C.P.C. PARIS
July 1951.

N° 265/48

Expéditeur Sender *Remitente* Absender:	**A** **le** * *(date)* El (fecha) de de Datum:

Destinataire:
Recipient:
Destinatario:
Empfänger:

1 **COMMISSION INTERNATIONALE DE POLICE CRIMINELLE (Secrétariat Général)**
11, rue des Saussaies, PARIS (8e)

2 **Correspondant National de la Commission des Stupéfiants de l'O.N.U.**
National Correspondent of the Commission for Narcotics of the U.N.O.
Correspondiente Nacional de la Comisión de Estupefacientes de la O.N.U.

Formule Sb
Formular Sb

RENSEIGNEMENTS SUR UN TRAFIC DE STUPÉFIANTS

INFORMATION OF NARCOTIC TRAFFIC

DATOS SOBRE UN TRAFICO DE ESTUPEFACIENTES

Bericht über einen Rauschgifthandel

---

1. — **Date et lieu de la saisie:**
Date and place of seizure:
Fecha y lugar de confiscación:
Datum und Ort der Sicherstellung:

2. — **Nature des «drogues» saisies:**
Kind of drugs seized:
Naturaleza de las drogas comisadas:
Art der sichergestellten Rauschgifte:

3. — **Quantités saisies:**
Quantity seized:
Cantidad confiscada:
Sichergestellte Menge:

4. — **Forme des marchandises (aspect extérieur — emballage):**
Description of package (outward aspect — wrapping):
Forma del producto (aspecto exterior — embalaje):
Beschreibung der Ware (Äußeres, Verpackung):

5. — **Pays d'origine :**
Country of origin :
País de origen :
Herkunftsland :

étiquette :
label :
rótulo :
Etikette :

marque de fabrique :
manufacturer's mark :
marca de fabrica :
Fabrikmarke :

date d'expédition :
shipping date :
fecha de expedición :
Datum der Absendung :

autres indications : (numéro du lot, etc.)
other indications : (batch number, etc.)
otros datos (número de la partida, etc.)
Sonstige Angaben (Versand-Nummer usw.) :

6. — **Destination de la marchandise (propriétaire — transitaire — consignateurs) :**
Destination of the merchandise (owner — shipper — consignee) :
Destinación del producto (propietario, encargado del tránsito, consignadores) :
Bestimmungsort der Ware (Eigentümer, Verfrachter, Empfänger) :

7. — **Moyens de transports employés (bateau — chemin de fer — avion — voiture, etc.) :**
Means of transport employed (boat — railway — airplane — motor-car, etc.) :
Medios de transporte empleados (buque, ferrocarril, avion, automóvil, etc.) :
Transportmittel (Schiff, Eisenbahn, Flugzeug, Auto usw.) :

8. — **Nationalité - nom et marque des moyens de transports :**
Nationality — name and make of means of transport :
Nacionalidad — nombre y marca de los medios de transporte :
Nationalität, Name und Art des Transportmittels:

9. — **Itinéraire :**
Itinerary :
Itinerario :
Fahrplan:

10. — **Résumé de l'affaire : (mentionner notamment le point de passage où la drogue a été détournée vers le marché clandestin)**
Résumé of the affair : (including the point at which the drug was diverted into illicit traffic)
Resúmen del asunto : (se indicará, entre otros datos, en qué punto del tránsito la droga fué invertida en el tráfico ilegal)
Kurze Zusammenfassung des Falles (einschließlich Erwähnung der Stelle, an der das Rauschgift in den illegalen Handel abgezweigt wurde) :

11. — **Etat-civil des individus impliqués et rôle joué dans l'affaire :**
Civil status of the individuals implicated and the roles which they played in the affair :
Filiación de los individuos metidos en el asunto y papel desempeñado por cada uno de ellos :
Personalien der in den Fall verwickelten Personen und die Art ihrer Beteiligung:

12. — **Délinquants non identifiés :**
Individuals not identified :
Delincuentes que no fueron identificados :
Unbekannt gebliebene Personen :

13. — **La substance a-t-elle été fabriquée illégalement (indiquer, le cas échéant, le centre de fabrication illégale).**
Was the substance manufactured illegally (if such is the case, indicate the center of illegal manufacture) :
¿Ha sido fabricada la substancia de un modo ilegal? (dado el caso, se indicará el centro de fabricación ilegal)
Wurde die Substanz ungesetzlich hergestellt?
(Wenn ja, geben Sie den ungesetzlichen Herstellungsort an)

14. — **La substance a-t-elle été falsifiée, substituée ou incorporée à d'autres marchandises?**
Was the substance substitued for, incorporated in or represented as other merchandise?
¿Se trata de una falsificación, de un sucedáneo o se presenta el producto mezclado con otras mercancias?
Ist die Substanz verfälscht, vertauscht oder mit anderen Waren vereinigt worden?

15. — **Des étiquettes fausses ont-elles été utilisées? Si oui, en fournir la description et/ou la photographie.**
Were false labels used? If so, give description and/or photograph.
¿Fueron empleados rótulos falsos? Si fuera asi, adjuntar su descripción, y/o fotografía.
Sind falsche Etiketten verwandt worden? Wenn ja, wird um eine Beschreibung bzw. Photos gebeten.

16. — **A-t-on fait usage d'une adresse conventionnelle secrète?**
Was a secret or accommodation address used?
¿Existe una dirección secreta convencional?
Wurde eine Deck-Adresse angewandt?

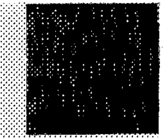
17. — **A-t-on fait usage d'un code ou d'un langage secret?**
Was a secret code or language used?
¿Fué empleado un código o una lengua secreta?
Wurden Codes oder eine Geheimsprache verwandt?

18. — **Méthode employée pour faire passer la drogue en contrebande:**
Method employed for passing the drug as contraband:
Método empleado para llevar de contrabando la droga:
Angewandte Methode, um das Rauschgift durchzuschmuggeln:

19. — **Mesures prises par le Gouvernement (emprisonnement, amende, etc.):**
Action taken by Government (imprisonment, fine, etc.):
Medidas tomadas por el gobierno (encarcelamiento, multa, etc.):
Maßnahme der Regierung (Gefängnis, Geldstrafen usw.):

20. — **Observations:**
Remarks:
Observaciones:
Bemerkungen:

Signature:
Signature:
Firma:
Unterschrift:



CONFIDENTIEL

D'AGOSTINO

Antoine.

né le 13 Décembre 1911 à BONE (Constantine)
fils de Joseph et de Thérèse SCARPONI
Nationalité : inconnue
ETAT CIVIL CONTROLE EXACT
Alias : SISCO Michel
ZIARIS Louis
Signalement : taille 1m.70, yeux bruns, cheveux noirs.

MAIN DROITE — RIGHT HAND

POUCE / THUMB	INDEX / FORE FINGER	MEDIUS / MIDDLE FINGER	ANNULAIRE / RING FINGER	AURICULAIRE / LITTLE FINGER

MAIN GAUCHE — LEFT HAND

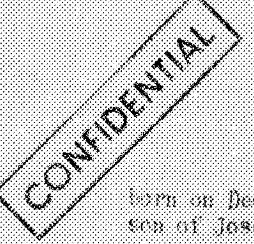


Condamnations antérieures :
Constantine (BONE) le 10 Mars 1936, 2 ans de prison pour vol qualifié; France (MARSEILLE) le 26 avril 1939, 6 mois de prison et 5 ans d'interdiction de séjour pour vagabondage qualifié; (EVREUX) le 16 Mars 1948, 2 ans de prison (défaut) pour vol de titres de rationnement; (TOULOUSE) le 30 juillet 1946, peine de mort (contumace) pour trahison.

Renseignements divers :
Fait l'objet d'un mandat d'arrêt du parquet de MONTREAL (Canada) pour trafic de stupéfiants (héroïne). L'EXTRADITION SERA DEMANDEE. INDIVIDU DANGEREUX ARME. Peut être accompagné de la nommée FILLEAU Suzanne épouse de HERNIS Robert, dite "SUZY" née le 2 Juillet 1919 à SOISY sous MONTMORENCY (France).

Motif de la diffusion :
Effectuée à la demande des autorités canadiennes. En cas de découverte, procéder à son arrestation préventive et aviser le "Commissioner of Police Royal Canadian Mounted Police OTTAWA (Canada) et le C.I.P.C., Secrétariat général, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS).

N° 876/49



D'AGOSTINO

Antoine.

born on December 18th in BONE (Constantine)
son of Joseph and Thérèse SCARFONI
nationality : unknown.
IDENTITY HAS BEEN CHECKED AND IS EXACT.
alias : SISCO Michel
FLORIS Louis
Description : height 5 ft.7, brown eyes, black hair.

MAIN DROITE — RIGHT HAND				
POUCE — THUMB	INDEX — FORE FINGER	MEDIUS — MIDDLE FINGER	ANNULAIRE — RING FINGER	AURICULAIRE — LITTLE FINGER

MAIN GAUCHE — LEFT HAND



Previous convictions :
Constantine (BONE) March 10th 1935, 2 years' imprisonment for aggravated theft. France (MARSEILLE) April 26th 1938 8 months' imprisonment and 2 years interdiction of sojourn for aggravated vagrancy. [illegible] March 14th 1946 5 years imprisonment (default) for theft of [illegible] (TOULOUSE) July 27th 1948, sentenced to death (contumacy) for treason.

Miscellaneous information :

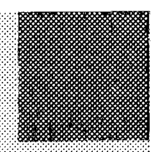
A warrant for his arrest has been issued by the Public Prosecutor's dept. of MONTREAL (Canada) for drug smuggling (Heroine). EXTRADITION WILL BE REQUESTED. DANGEROUS ARMED INDIVIDUAL. Might be accompanied by Suzanne FILLEAU wife of Robert BERNIS, called "SUZY" born on July 2nd, 1911 in SOISY near MONTMORENCY (France).

Reason for this circulation :

Made at the request of the Canadian authorities. If found, please arrest provisionally and notify : Commissioner of the Royal Canadian Mounted Police, OTTAWA (Canada) and the I.C.P.C. General Secretariat, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS).

I.C.P.C. - Paris
July 1949

N° 876/49



CONFIDENTIEL
A l'usage exclusif de la Police et de l'Autorité Judiciaire

TOMASOVITCH

Daniel.

né le 30 Avril 1900 à KUCICE (Yougoslavie)
ETAT CIVIL ET NATIONALITE INCERTAINS
SIGNALEMENT : taille 1 m.[illegible], cheveux chatains (calvitie frontale et temporale).

MAIN DROITE						RIGHT HAND
	POUCE THUMB	INDEX FORE FINGER	MEDIUS MIDDLE FINGER	ANNULAIRE RING FINGER	AURICULAIRE LITTLE FINGER	
MAIN GAUCHE						LEFT HAND

DACTYLOSCOPIE ET PHOTOGRAPHIE à PARIS (France) LE 10 MAI 1952



RENSEIGNEMENTS :

Appréhendé à PARIS (France) le 10 Mai 1952 pour identification. Condamné plusieurs fois en Yougoslavie pour trafic de stupéfiants; s'est enrichi de façon anormale entre 1927 et 1938. Soupçonné d'être le membre le plus important d'une organisation internationale de trafic de stupéfiants.

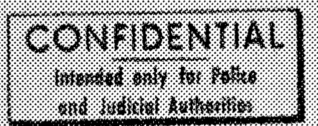
MOTIF DE LA DIFFUSION :

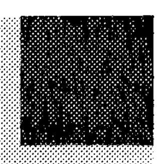
Effectuée par le Bureau International en vue d'identification. Prière de communiquer à la C.I.P.C., Secrétariat Général, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS) tous renseignements concernant cet individu, notamment sur ses antécédents judiciaires et son véritable état civil.

Décédé à Belgrade en Fév 55.

C.I.P.C. PARIS
Février 1953.

N° du dossier : 680/52
N° de contrôle : A. 1368



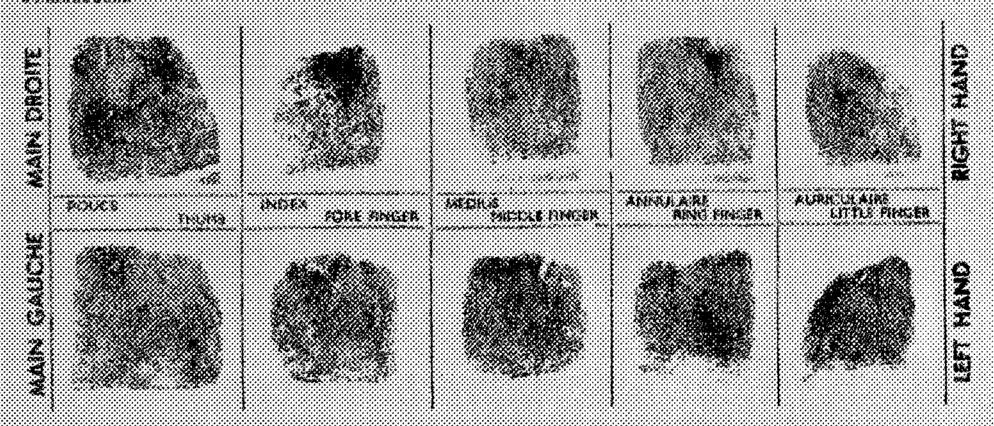


TOMASOVITCH

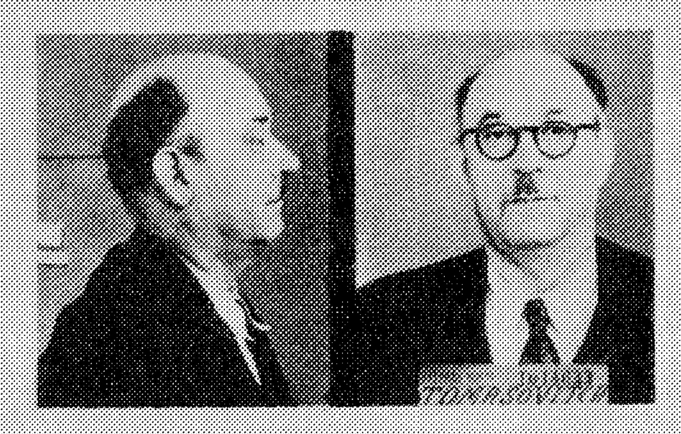
Daniel.

born on 30th April 1900 in KUCICE (Yugoslavia)
IDENTITY AND NATIONALITY [illegible]

DESCRIPTION : height 5'11, brown hair (bald top front and rear)



FINGERPRINTED AND PHOTOGRAPHED IN PARIS (France) ON 10th MAY 1952



MISCELLANEOUS INFORMATION :

Arrested in PARIS (France) on 10th May 1952 for identification. Several convictions in Yugoslavia for drug trafficking; built up an unusual fortune between 1927 and 1938. Is suspected to be the leader of an international gang of drug traffickers.

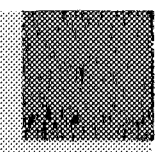
REASON FOR THIS CIRCULATION :

Done by the International Bureau for identification. Please communicate to the I.C.P.C., General Secretariat, 60 bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS) all information concerning this man, especially his previous convictions and true identity.

I.C.P.C. PARIS
February 195[illegible].

File N° : 680/52
Control N° : A. 1368

CONFIDENTIEL
A l'usage exclusif de la Police et de l'Autorité Judiciaire



GUETTOUCHE

Said, ou Laib.

né le 14 Août 1930 à Douar Mizrana (Algérie), commune mixte de TABLAT
fils de Ali ben Allet et de ABLOUL Aida bent Lakhdar

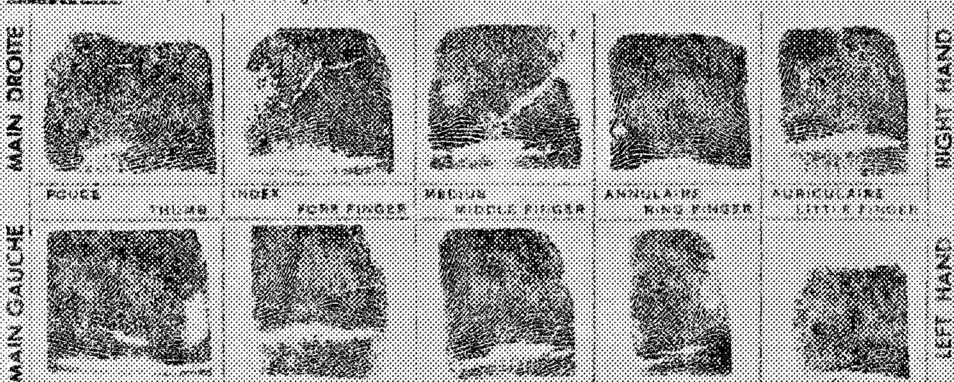
PROFESSION : Navigateur

NATIONALITE : Française

ETAT CIVIL ET NATIONALITE INCERTAINS

ALIAS : GUETTOUCHE Said

SIGNALEMENT : voir photo ci-jointe.



DACTYLOSCOPIE ET PHOTOGRAPHIE A BAD DURKHEIM (Allemagne) LE 18 DECEMBRE 1953





CONDAMNATIONS :

Belgique (ANVERS) le 14 Avril 1950, 1 mois de prison et 20 frs d'amende pour vol. (MONS) le 3 Mars 1951, 2 mois de prison et 50 frs d'amende pour vol. (TURNHOUT) le 22 Novembre 1952, 1 mois et 15 jours de prison pour entrée clandestine et usage de faux nom.

RENSEIGNEMENTS :

Appréhendé à MANNHEIM (Allemagne) le 22 Janvier 1954 pour trafic de marihuana. A été signalé à BAD DURKHEIM (Allemagne) le 1[illegible] Février 1953 pour infraction à la législation des passeports et franchissement illégal de la frontière. Fait également l'objet de recherches au Moniteur Suisse n° 218 du 20 Septembre 1952 pour vol. A été signalé en France, à BETHUNE, le 7 Janvier 1950 pour vol et à AVESNES le 4/6/1952 pour usage de carte d'identité falsifiée.

Individu ayant tendance à se livrer plus spécialement au trafic illicite des stupéfiants.

AVIS DE LA DIRECTION :

Malfaiteur. Marque une tendance à commettre des délits sur le plan international. Il est conseillé de surveiller ses activités s'il séjourne dans votre pays. En cas de nouvelle infraction, prière d'aviser la C.I.P.C., Secrétariat Général, 60 Bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS).

C.I.P.C. PARIS
Juillet 1954

N° du dossier : 342/54
N° de contrôle : A. 1940

CONFIDENTIAL
Intended only for Police and Judicial Authorities

GUETTOUCHE

Said, ou Laib.

born on 14th August 1930 in Douar Mizrana (Algeria) district of TABLAT
son of Ali ben Allet and of ABLOUL Aida bent Lakhdar

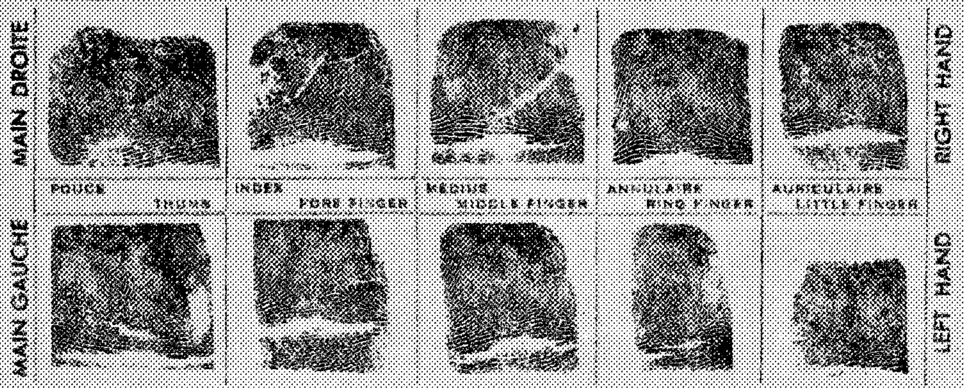
PROFESSION : sailor

NATIONALITY : French

IDENTITY AND NATIONALITY UNCERTAIN

ALIAS : GEUTTOUCHE Said

DESCRIPTION : see photo.



FINGERPRINTED AND PHOTOGRAPHED IN BAD DURKHEIM (Germany) ON 18th DECEMBER 1953



PREVIOUS CONVICTIONS :

Belgium (ANTWERP) on 14/4/1953, 1 month's prison and 26 frs fine for theft. (MONS), on 3rd March 1951, 2 months'prison and 50 frs fine for theft. (TOURNAI) on 22nd November 1952, 1 month and 15 days'prison for illegal entry and using a false name.

MISCELLANEOUS INFORMATION :

Arrested in MANNHEIM (Germany) on 22nd January 1954 for traffic of marihuana. Recorded in BAD DURKHEIM (germany) on 16/2/1953 for infringing the passports regulations, and illegal crossing of the border. Also mentioned in the "Moniteur Suisse" n°310 of 20/7/1953 as wanted for theft. Recorded in BETHUNE (France) on 7/1/1950 for theft and in AVESNES (France) on 4/8/1952 for using a forged identity card.

This man has a tendency to engage more particularly in illicit drug traffic.

REASON FOR THIS CIRCULATION :

Criminal. Is liable to commit crime abroad. It would be advisable to keep a watch on him if in your country. If he commits an indictable offence, please inform the I.C.P.C., General Secretariat, 60 bd. Gouvion St. Cyr PARIS (INTERPOL PARIS).

I.C.P.C. PARIS
July 1954

File N° 342/54
Control N° A. 1940

Commission Internationale de Police Criminelle

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

Tableau Récapitulatif des Trafics de Stupéfiants

SIGNALÉS AU **BUREAU INTERNATIONAL DE LA C.I.P.C.**

au cours de la période du 1er Juin au 30 Juin 1955.

International Criminal Police Commission

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

REMARQUES : 1°) Les individus marqués d'un astérisque (colonne 6) sont considérés comme trafiquants internationaux et sont ou seront l'objet d'une notice signalétique internationale.

2°) Le Bureau International poursuit les enquêtes nécessaires sur chacun des cas signalés.

Référence C.I.P.C. 1	Date de la saisie 2	Lieu de la saisie 3	Nature de la drogue 4	Quantité saisie 5	INDIVIDUS IMPLIQUÉS 6	Rôle joué 7	Situation Administrative ou judiciaire de ces individus (éventuellement lieu de détention) 8	Méthode employée pour faire passer la drogue 9	Moyen de transport utilisé (Nom ou n° du moyen de transport) 10	Itinéraires et escales du départ à l'arrivée 11	Origine de la drogue a) lieu d'achat p) lieu de production 12	Observations 13
30.802	4/3/55	CALCUTTA (Inde)	opium brut	1,660	Pas d'arrestation				Bateau britannique "YENANGYAUNG". Armateurs : Burmah Oil Company (Tankers) Ld. Port d'armement : LONDRES.	Ports d'Extrême-Orient - RANGOUN - CALCUTTA.	p) Inde	drogue saisie au cours d'une fouille à bord du bateau.
30.815	25/3/55	KSAR AOURIR Timimoun (Algérie)	pavot	900 pieds	BOUDJMA BEN EL HADJ, né vers 1925 à SALI (Algérie), français. MOHAMED BEN MOHAMED, né vers 1917 à DELDOUL (Algérie), français. ABDALLAH BEN ABDERRAHMAN, né vers 1927 à DELDOUL (Algérie), français. AHMED BEN MOHAMED, né vers 1925 à DELDOUL (Algérie), français.	producteur d° d° d°	en liberté provisoire d° d° d°				p) Algérie	Decouverte de plusieurs plantations de pavots dans la région de Timimoun.
30.824	28/3/55	COLOMB-BECHAR (Algérie)	opium brut	0,295	MOHAMED BEN SALEM, né vers 1903 à EL MAIZ (Algérie), français. AHMED BEN MOHAMED BEN TAYEB, né vers 1910 à AOURIR (Algérie), francais.	détenteur fournisseur	écroué à COLOMB-BECHAR d°				p) Algérie (régions d'Adrar et Timimoun).	Prix de vente : 45.000 frs le kg.
30.859	30/4/55	OUEZZANE (Zone Française du Maroc)	cannabis (kif)	189,	BAUDIN Robert, né le 4 janvier 1930 à BERKANE (Zone Française du Maroc), français. MARTINEZ Marie, née le 21 janvier 1937 à OUJDA (Zone Française du Maroc), nationalité non communiquée. BOUCHETA BEN AHMED BEN BOUCHTA, né vers 1913 à ZOUAKINE (Zone Française du Maroc) marocain. BEN DRISS BEN LAHCEN BEN AHMED, né vers 1908 à OUEZZANE (Zone Française du Maroc) marocain. MOHAMED AHMED HAMDI, né vers 1900 à LAOUZIER (Zone Française du Maroc), marocain.	trafiquant d° d° d° d°	écroué d° d° d d°		Automobiles PEUGEOT 53.032 WW et PONTIAC 7.015 MA 14.	Zone Espagnole - OUEZZANE - FES - CASABLANCA.	p) Zone Espagnole du Maroc.	
30.948	29/3/55	COLOMB-BECHAR (Algérie)	opium brut	3,015	HAMADI TAYEB, né en 1932 à COLOMB-BECHAR (Algérie), français. AKACEM ABDELAZIZ, né en 1925 à KSAR METLILI (Algérie), français. AKACEM AMAR BEN HADJ MOHAMED, 26 ans, français.	détenteur intermédiaire fournisseur	écroué d° en fuite					
30.949	14/5/55	PARIS (France)	opium brut	3,250	TA VAN MUU, né le 21 février 1921 à HADONG (Viêtnam), marin viêtnamien.	détenteur	écroué			MARSEILLE - PARIS	a) MARSEILLE	

Anlage 6

International Criminal Police Commission

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

Recapitulative Table of Drug Traffic

of which the International Bureau of the I.C.P.C. has been informed

From 1st June to 30th June 1955.

Commission Internationale de Police Criminelle

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

REMARKS : 1°) The individuals marked with an asterisk (column 6) are considered to be international traffickers and are or will be mentioned in an international descriptive.

2°) The International Bureau is making the necessary investigations relative to each of the cases indicated.

Reference I.C.P.C. 1	Date of seizure 2	Place of seizure 3	Type of drug 4	Quantity seized 5	INDIVIDUALS INVOLVED 6	Part played 7	Administrative or judicial position of these individuals (possibly the place of detention) 8	Method used to introduce the drug 9	Means of transport (Name or number of the transport) 10	Routes and stopping-places, from place of departure to destination 11	Origin of the drug a) place of purchase p) place of production 12	Remarks 13
30.802	4/3/55	CALCUTTA (India)	raw opium	1,860	no arrest was made.				British boat : "YENANGYAUNG". Owners Burmah Oil Company (Tankers) Ltd. Port of registry : LONDON.	Far East harbours, RANGOON, CALCUTTA.	p) India	The drug was seized during a search made on board the ship.
30.815	25/3/55	KSAR AOURIR Timimoun (Algeria)	poppy	900 plants	BOUDJMA BEN EL HADJ, born about 1925 in SALI (Algeria), French. MOHAMED BEN MOHAMED, born about 1917 in DELDOUL (Algeria), French. ABDALLAH BEN ABDERRAHMAN, born about 1927 in DELDOUL (Algeria), French. AHMED BEN MOHAMED, born about 1925 in DELDOUL (Algeria), French.	supplier d° d° d°	released on bail d° d° d°				p) Algeria	Discovery of several poppy plantations in the region of Timimoun.
30.824	28/3/55	COLOMB-BECHAR (Algeria)	raw opium	0.295	MOHAMED BEN SALEM, born about 1903 in EL MAIZ (Algeria), French. AHMED BEN MOHAMED BEN TAYEB, born about 1919 in AOURIR (Algeria), French.	possessor supplier	imprisoned in COLOMB-BECHAR d°				p) Algeria (regions of Adrar and Timimoun)	Sale price : 45,000 frs a kilo.
30.859	30/4/55	OUEZZANE (French Morocco)	cannabis (kif)	188.	BAUDIN Robert, born on 4th January 1930 in BERKANE (French Morocco), French. MARTINEZ Marie, born on 21st January 1937 in OUJDA (French Morocco), nationality unknown. BOUCHETA BEN AHMED BEN BOUCHTA, born about 1913 in ZOUAKINE (French Morocco), Moroccan. BEN DRISS BEN LAHCEN BEN AHMED, born in OUEZZANE about 1908 (French Morocco), Moroccan. MOHAMED AHMED HAMDI, born about 1900 in LAOUZIER (French Morocco), Moroccan.	trafficker d° d° d° d°	imprisoned d° d° d° d°		Cars PEUGEOT 53.632 WW and PONTIAC 7.015 MA 14	Spanish Morocco - OUEZZANE - FES - CASABLANCA.	p) Spanish Morocco.	
30.948	29/3/55	COLOMB-BECHAR (Algeria)	raw opium	3.915	HAMADI TAYEB, born in 1932 in COLOMB-BECHAR (Algeria), french. AKACEM ABDELAZIZ, born in 1925 in KSAR METLILI (Algeria), French. AKACEM AMAR BEN HADJ MOHAMED, 20 years old. French.	possessor intermediary supplier	imprisoned d° absconded					
30.949	14/5/55	PARIS (France)	raw opium	3.250	TA VAN MUU, born in 21st February 1921 in HADONG (Vietnam), Vietnamese sailor.	possessor	imprisoned			MARSEILLES - PARIS	a) MARSEILLES	

Commission Internationale
de
Police Criminelle

60, Boulevard Gouvion St-Cyr
PARIS (17e)

Tableau Récapitulatif des Trafics de Stupéfiants

SIGNALÉS AU **BUREAU INTERNATIONAL DE LA C.I.P.C.**

International Criminal
Police Commission

60, Boulevard Gouvion St-Cyr
PARIS (17e)

au cours de la période du 1er Juin au 30 Juin 1955.

CONFIDENTIEL

REMARQUES : 1°) Les individus marqués d'un astérisque (colonne 6) sont considérés comme trafiquants internationaux et sont ou seront l'objet d'une notice signalétique internationale.

2°) Le Bureau International poursuit les enquêtes nécessaires sur chacun des cas signalés.

Référence C.I.P.C. 1	Date de la saisie 2	Lieu de la saisie 3	Nature de la drogue 4	Quantité saisie kg 5	INDIVIDUS IMPLIQUÉS 6	Rôle joué 7	Situation Administrative ou judiciaire de ces individus (éventuellement lieu de détention) 8	Méthode employée pour faire passer la drogue 9	Moyen de transport utilisé (Nom ou n° du moyen de transport) 10	Itinéraires et escales du départ à l'arrivée 11	Origine de la drogue a) lieu d'achat p) lieu de production 12	Observations 13
216/55	23/5/55	MILAN (Italie)	opium brut cannabis (hachich)	3, 1,230	RIZZOLI Anna, épouse MORANDI, née le 28 septembre 1881 à VAIANO (Italie), italienne. RIZZOLI Anna, née le 17 décembre 1920 à RIJEKA (Yougoslavie), italienne. FAYOUMI Sayed, né en 1901 à BEYROUTH (Liban), libanais.	détentrice détentrice fournisseur	détenue à MILAN détenue à MILAN en fuite		automobile FIAT 1100 numéro minéralogique libanais.	BEYROUTH - MILAN	p) voir colonne 13	Selon les premiers résultats de l'enquête en cours, FAYOUMI se procurerait l'opium ou la morphine-base en Turquie puis la transporterait en Italie et en France via BEYROUTH. Transformée en héroïne, la drogue serait destinée au marché américain.
407/55	25/10/54	VARESE (Italie)	chlorhydrate de cocaïne codéine	0,024 1 Amp. (5 cm3)	GIACOMETTI SCHIERONI Renato, né le 27 janvier 1930 à MILAN (Italie), italien. CIOTOLA Antonio, né le 14 octobre 1924 à NAPLES (Italie), italien. VERNASCHI Rosolino, né le 15 mars 1920 à CREMONA (Italie), italien. D'ANDRIA Adolfo, né le 14 juin 1918 à MILAN (Italie), italien.	détenteur complice complice complice	détenu à VARESE d° d° d°				p) voir colonne 13	Une enquête est en cours en Suisse où deux ressortissants suisses BURCH Ferdinand, demeurant à BELLINZONA et WALTER Dionigi, demeurant à LOCARNO, sont soupçonnés d'être les fournisseurs de la drogue.
30.798	4/5/55	RANGOUN (Birmanie)	opium brut	54,	pas d'arrestation.				Bateau britannique "GAMBHIRA". Armateurs : British India Steam Nav. Co. Ld. Port d'armement : LONDRES.	HONG-KONG, RANGOUN		Drogue saisie au cours d'une fouille à bord du bateau.
30.799	22/5/55	RANGOUN (Birmanie)	opium brut	56,	MG TALOK, birman MG HAN SHEIN, birman MG AUNG KIN, birman	détenteur d° d°	écroué d° d°					Drogue saisie au cours d'une perquisition au domicile des inculpés.
30.800	9/5/55	RANGOUN (Birmanie)	opium brut	90,700	ENG SWAN, alias HTAM SING, chinois. AH SHOKE, alias MA PAIK KYOO, alias SHAR PAIK KYU, chinoise.	détenteur trafiquante	écroué écrouée		automobile Jeep R.D. 7864			Drogue saisie dans la Jeep et au domicile de la Chinoise AH SHOKE qui fournissait la drogue.
30.801	16/5/55	RANGOUN (Birmanie)	opium brut	82	pas d'arrestation				Bateau panaméen "BRENDA". Armateurs : Isabel Nav. Co. JOHN MANNERS & Co.Ld. Hong-Kong. Port d'armement PANAMA.	RANGOUN :- PENANG :- SINGAPOUR		Drogue saisie au cours d'une fouille à bord du bateau.

(Anlage 6)

International Criminal Police Commission

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17e)

Recapitulative Table of Drug Traffic

of which the International Bureau of the I.C.P.C. has been informed

Commission Internationale de Police Criminelle

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17e)

CONFIDENTIAL

From 1st June to 30th June 1955.

REMARKS : 1°) The individuals marked with an asterisk (column 6) are considered to be international traffickers and are or will be mentioned in an international descriptive.
2°) The International Bureau is making the necessary investigations relative to each of the cases indicated.

Reference I.C.P.C. 1	Date of seizure 2	Place of seizure 3	Type of drug 4	Quantity seized 5	INDIVIDUALS INVOLVED 6	Part played 7	Administrative or judicial position of these individuals (possibly the place of detention) 8	Method used to introduce the drug 9	Means of transport. (Name or number of the transport) 10	Routes and stopping-places, from place of departure to destination 11	Origin of the drug a) place of purchase p) place of production 12	Remarks 13
216/55	23/5/55	MILAN (Italy)	raw opium cannabis (hashish)	3, 1,230	RIZZOLI Anna, wife MORANDI, born on 28th September 1881 in VAIANO (Italy), Italian RIZZOLI Anna, born on 17th December 1920 in RIJEKA (Yugoslavia), Italian. FAYOUMI Sayed, born in 1901 in BEIRUT (Lebanon), Lebanese.	possessor d° supplier	detained in MILAN d° absconded		Car : FIAT 1100 Lebanese number plate	BEIRUT - MILAN	p) see under column 13	According to the information available from the inquiry which is now being made. FAYOUMI obtains opium or morphine base in Turkey and then carries the drug to Italy and France via Beirut. Transformed into heroin, the drug is to be sent to the United States.
407/55	25/10/54	VARESE (Italy)	Cocain hydrochloride codein	0,024 1 Amp. (5cm3)	GIACOMETTI SCHIERONI Renato, born on 27th January 1930 in MILAN (Italy), Italian. CIOTOIA Antonio, born on 14th October 1924 in NAPLES (Italy), Italian. VERNASCHI Rosolino, born on 15th March 1929 in CREMONA (Italy), Italian. D'ANDRIA Adolfo, born on 14th June 1918 in MILAN (Italy), Italian.	possessor accomplice d° d°	detained in VARESE d° d° d°				p) see under column 13	An inquiry is being carried out in Switzerland : two Swiss nationals Ferdinand BURCH, residing in BELLINZONA and Dionigi WALTER, residing in LOCARNO are suspected to be the suppliers of the drug.
30.798	4/5/55	RANGOON (Burma)	raw opium	54.	No arrest was made				British boat : "GAMBHIRA". Owners : British India Steam Nav. Co Ltd. Port of registry : LONDON.	HONG-KONG, RANGOON		The drug was seized during a search made at the residence of the accused persons.
30.799	22/5/55	RANGOON (Burma)	raw opium	56.	MG TALOK, Burmese. MG HAN SHEIN, Burmese. MG AUNG KIN, Burmese.	possessor d° d°	imprisoned d° d°					The drug was seized during a search made at the residence of the accused persons.
30.800	9/5/55	RANGOON (Burma)	raw opium	90,700	ENG SWAN, alias HTAM SING, Chinese. AH SHOKE, alias MA PAIK KYOO, alias SHAR PAIK KYU, Chinese.	possessor trafficker	imprisoned d°		Car : Jeep R.D. 7864			The drug was seized in the Jeep and at the residence of the Chinese woman AH SHOKE who supplied the drug.
30.801	16/5/55	RANGOON (Burma)	raw opium	82	No arrest was made.				Panamean boat : "BRENDA". Owners : Isabel Nav. Cp. JOHN MANNERS & Co Ld. Hong Kong. Port of registry : PANAMA.	RANGOON - PENANG - SINGAPORE.		The drug was seized during a search made on board the ship.

Commission Internationale de Police Criminelle
60, Boulevard Gouvion St-Cyr
PARIS (17e)

Tableau Récapitulatif des Trafics de Stupéfiants
SIGNALÉS AU **BUREAU INTERNATIONAL DE LA C.I.P.C.**

au cours de la période du 1er Juin au 30 Juin 1955.

International Criminal Police Commission
60, Boulevard Gouvion St-Cyr
PARIS (17e)

REMARQUES : 1°) Les individus marqués d'un astérisque (colonne 6) sont considérés comme trafiquants internationaux et sont ou seront l'objet d'une notice signalétique internationale.
2°) Le Bureau International poursuit les enquêtes nécessaires sur chacun des cas signalés.

Référence C.I.P.C. 1	Date de la saisie 2	Lieu de la saisie 3	Nature de la drogue 4	Quantité saisie 5	INDIVIDUS IMPLIQUÉS 6	Rôle joué 7	Situation Administrative ou judiciaire de ces individus (éventuellement lieu de détention) 8	Méthode employée pour faire passer la drogue 9	Moyen de transport utilisé (Nom ou n° du moyen de transport) 10	Itinéraires et escales du départ à l'arrivée 11	Origine de la drogue a) lieu d'achat p) lieu de production 12	Observations 13
30.998	11/6/55	COLOMBO (Ceylan)	opium brut	385,	PERERA B.R., demeurant à COLOMBO. PERERA Eddie, demeurant à COLOMBO. ABDUL KHAN, demeurant à KOVEIT. PERERA A.C., demeurant à SINGAPOUR.	expéditeur d° fournisseur destinataire supposé	enquête en cours	dissimulée dans un moteur électrique qui devait être embarqué sur le bateau JOHILLA.	Bateau britannique "JOHILLA". Armateurs : JAMES NOURSE Ld. Port d'armement : LONDRES.	KOVEIT - COLOMBO - FREMANTLE SINGAPOUR.	p) KOVEIT	Destination de la drogue : SINGAPOUR via FREMANTLE (Australie). PERERA B.R. a été impliqué en novembre 1954 dans une affaire d'exportation d'opium destiné à PERERA A.C. à SINGAPOUR. La drogue a été saisie par les douanes avant le départ du bateau.
31.001	16/4/55	ORAN (Algérie)	cannabis (chanvre indien)	50,	MOHAMED BEN KADDOUR, né en 1880 à MELILLA (Zone Espagnole du Maroc), marocain. MIMOUN BEN ALLEL, né vers 1910 à BENI-SIDEL (Zone Espagnole du Maroc), marocain.	trafiquant d°	détenu à ORAN d°			Zone Espagnole du Maroc - ORAN (Algérie)	p) Zone Espagnole du Maroc.	
31.002	28/2/55	CASABLANCA (Zone Française du Maroc)	morphine	5 Amp.	MOHA ou ALLAL MOHAMED, né le 25 juin 1925 à BOUTAGHART dit ISSEHAQ (Zone Française du Maroc), marocain.	détenteur	écroué à CASABLANCA				a) CASABLANCA (Zone Française du Maroc).	Infirmier, MOHA a été reconnu coupable d'avoir établi 742 fausses ordonnances donnant droit à 5.194 ampoules de morphine
31.070	28/5/55	ST. DENIS (Ile de la Réunion)	opium préparé	0,200	LAI KING, né le 5 décembre 1900 à CANTON (Chine), chinois.	détenteur et trafiquant	écroué					LAI KING tenait une fumerie d'opium. Il achetait l'opium 50.000 frs C.F.A. le kg. Une pipe et quatre lampes ont été découvertes.
31.117	7/3/55	KOBE (Japon)	diacétylmorphine (héroïne)	2,180	KUNATTOMAN Oscar, 18 ans, marin norvégien	détenteur	écroué		Bateau norvégien "GIKAN".	HONG-KONG, KOBE, SAN FRANCISCO.	a) HONG-KONG	
31.118	1/2/55	KOBE (Japon)	diacetylmorphine (héroïne)	0,060	SO TEN SO, 32 ans, Formosan.	détenteur	écroué F I N					

(Anlage 6)

International Criminal Police Commission

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

Recapitulative Table of Drug Traffic

of which the International Bureau of the I.C.P.C. has been informed

From 1st June to 30th June 1955.-

Commission Internationale de Police Criminelle

60, Boulevard Gouvion St-Cyr

PARIS (17°)

REMARKS : 1°) The individuals marked with an asterisk (column 6) are considered to be international traffickers and are or will be mentioned in an international descriptive.

2°) The International Bureau is making the necessary investigations relative to each of the cases indicated.

Reference I.C.P.C. 1	Date of seizure 2	Place of seizure 3	Type of drug 4	Quantity seized 5	INDIVIDUALS INVOLVED 6	Part played 7	Administrative or judicial position of these individuals (possibly the place of detention) 8	Method used to introduce the drug 9	Means of transport. (Name or number of the transport) 10	Routes and stopping-places, from place of departure to destination 11	Origin of the drug a) place of purchase p) place of production 12	Remarks 13
30.998	11/6/55	COLOMBO (Ceylon)	raw opium	385.	PERERA B.R., residing in COLOMBO. PERERA Eddie, residing in COLOMBO. ABDUL KHAN, residing in KUWAIT. PERERA A.C., residing in SINGAPORE.	sender d° supplier probably intended for PERERA.	investigation pending	Hidden in the electric motor which was to be put on board the ship "JOHILLA".	British boat : "JOHILLA". Owners : JAMES NOURSE Ltd. Port of registry : LONDON.	KUWAIT - COLOMBO - FREMANTLE SINGAPORE.	p) KUWAIT	The drug was to be sent to SINGAPORE via FREMANTLE (Australia). PERERA B.R. was already involved in November 1954 in a case of opium export : PERERA A.C. was to receive the drug in SINGAPORE. The drug was seized by the customs authorities before the departure of the ship.
31.001	16/4/55	ORAN (Algeria)	cannabis (Indian hemp)	50.	MOHAMED BEN KADDOUR, born in 1880 in MELILLA (Spanish Morocco), Moroccan. MIMOUN BEN ALLEL, born about 1910 in BENI-SIDEL (Spanish Morocco), Moroccan.	trafficker d°	detained in ORAN d°			Spanish Morocco - ORAN (Algeria)	p) Spanish Morocco.	
31.002	28/2/55	CASABLANCA (French Morocco)	morphine	5 Amp.	MOHA or ALLAL MOHAMED, born on 25th June 1925 in BOUTAGHART called ISSEHAQ (French Morocco), Moroccan.	possessor	imprisoned in CASABLANCA				a) CASABLANCA (French Morocco)	The medical orderly MOHA was accused of having made 742 false prescriptions thus obtaining 5,914 morphine amp.
31.070	28/5/55	ST. DENIS (Reunion Island)	prepared opium	0.200	LAI KING, born on 5th December 1900 in CANTON (China), Chinese.	possessor and trafficker	imprisoned					LAI KING owned an opium den. He bought the drug 50.000 frs C.F.A. a kilo. One pipe and four lamps have been found.
31.117	7/3/55	KOBE (Japan)	diacetylmorphine (heroin)	2.180	KUNATTOMAN Oscar, 18 years old, Norwegian sailor.	possessor	imprisoned		Norwegian ship "GIKAN".	HONG-KONG, KOBE, SAN FRANCISCO.	a) HONG-KONG.	
31.118	1/2/55	KOBE (Japan)	diacetylmorphine (heroin)	0,080	SO TEN SO, 32 years old, Formosan.	possessor	imprisoned END					

Die Rauschgiftkriminalität im Spiegel der Polizeilichen Kriminalstatistik — Richtlinien für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten

(Kriminalpolizeilicher Meldedienst)

Kriminalkommissar Ackermann, Bundeskriminalamt Wiesbaden

In der Polizeilichen Kriminalstatistik der Bundesrepublik einschl. West-Berlins für das Jahr 1954 nahmen die Rauschgiftdelikte zahlenmäßig einen nachgeordneten Platz ein. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der in dieser Statistik erfaßten Straftaten betrug 0,12 %. Auf 100 000 Einwohner entfielen nur rund 3 Rauschgiftdelikte. Trotzdem sind diese Straftaten von besonderer Bedeutung, weil Rauschgifte auf den Verbraucher in gesundheitlicher, sozialer, moralischer und wirtschaftlicher Hinsicht verheerend wirken.

Für das Jahr 1954 wurden 1776 neugemeldete Fälle erfaßt, die sich recht gleichmäßig auf die 12 Monate des Jahres verteilten:

Monat	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Jahr 1954
Neugemeldete Fälle	190	142	167	125	154	158	123	137	125	146	145	164	1776

Auch in den vorhergehenden Jahren war eine ähnliche Gleichförmigkeit in der Zahl der Fälle — mit einer leicht ansteigenden Tendenz in den Jahren 1951 und 1952 — zu beobachten.

Es handelt sich um Delikte, die schwerpunktmäßig in den Großstädten festgestellt wurden. Die Aufgliederung der Tatorte ist folgende:

Großstädte	Mittelstädte	Kleinstädte	Landgebiete
1 170	248	171	187
(65,9 %)	(14,0 %)	(9,6 %)	(10,5 %)

Als aufgeklärt wurden 1593 Fälle gemeldet. Die Gesamtzahl der als Täter festgestellten Personen betrug 1536. Hiervon entfallen auf:

Erwachsene	1489 oder	96,9 %, davon	männlich	1102	oder	71,7 %,
			weiblich	387	oder	25,2 %;
Heranwachsende	19 oder	1,3 %, davon	männlich	15	oder	1,0 %,
			weiblich	4	oder	0,3 %;
Jugendliche	18 oder	1,2 %, davon	männlich	16	oder	1,1 %,
			weiblich	2	oder	0,1 %;
Kinder	10 oder	0,6 %, davon	männlich	8	oder	0,5 %,
			weiblich	2	oder	0,1 %.

Als reisende Täter wurden 93 oder 6,1 %, als Landfahrer 1 oder 0,1 % erfaßt. 27 Personen oder 1,8 % waren Ausländer.

Welche Straftaten im Sinne der Opiumgesetzgebung — z. B. illegaler Handel, unrechtmäßiger Erwerb, Betäubungsmittel-Diebstahl, Rezept-Diebstahl und -Fälschung usw. — im einzelnen vorlagen, ist dieser Statistik nicht zu entnehmen.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik ist in erster Linie unter kriminalpolitischen Gesichtspunkten zu betrachen, während die dem Bundeskriminalamt gemeldeten Rauschgiftdelikte darüber hinaus auch kriminologisch ausgewertet werden.

In der Zeit vom 1. 1. bis 31. 12. 1954 wurden dem Bundeskriminalamt von den Landeskriminalämtern des Bundesgebietes einschl. West-Berlins

1648 Meldungen nach Vordruck KP 12

zur Auswertung zugeleitet.

Die bekannt gewordenen Straftaten verteilen sich — wie auch bereits in den Vorjahren — auf folgende eng umgrenzte Tatbestände:

1. Illegaler Rauschgifthandel bzw. Rauschgiftschmuggel

Es traten insgesamt 269 Täter als illegale Händler bzw. Schmuggler in Erscheinung, von denen 216 Männer (einschl. 5 Heranwachsende) und 32 Frauen waren. 37 Täter, davon 36 Männer und 1 Frau blieben unbekannt. 15 Männer, darunter 9 Deutsche und 6 Ausländer, betätigten sich als Schmuggler, während 1 Schmuggler unbekannt blieb.

In der überwiegenden Zahl der Fälle handelte es sich nicht um berufsmäßige Rauschgifthändler oder Rauschgiftschmuggler. Ihre Verbindung mit Rauschgiften war fast ausnahmslos durch Zufall zustande gekommen. Die Täter erhofften sich durch den Verkauf der Ware einen guten Verdienst. Es war keine bestimmte Berufsgruppe festzustellen, die sich dem illegalen Handel oder Schmuggel mit Rauschgiften besonders intensiv widmete.

6 Täter waren bereits einschlägig in Erscheinung getreten. 13 Täter verwandten beim illegalen Handel falsche oder verfälschte Ware. Sie boten u. a. destilliertes Wasser, Dolviran und Kochsalzlösung als Rauschgift an. Asthma-Zigaretten, zerkleinerter Kautabak und Paprika wurden als indischer Hanf gehandelt.

Die Zahl der im Jahre 1954 mit illegalem Handel und Schmuggel von Rauschgiften sich befassenden Täter ging gegenüber dem Jahre 1953 um 24 % zurück. Der Grund hierfür dürfte darin zu erblicken sein, daß die Bundesrepublik und West-Berlin für die Ware der Rauschgifthändler und -schmuggler keine aufnahmefähigen Absatzgebiete sind. Die Verbraucher von Rauschgiften können leichter oder billiger zu ihren Mitteln kommen, indem sie das Rauschgift zwar aus legalen Beständen, aber auf ungesetzlichem Wege beziehen. Hierunter fallen vornehmlich Erschleichungen von Betäubungsmittel-Injektionen und Betäubungsmittelrezepten bei Ärzten — meist zu Lasten der Krankenkassen —, Diebstähle von Betäubungsmitteln und Rezeptformularen und Fälschen sowie Verfälschen von Betäubungsmittel- und anderen Rezepten. Hieraus ist auch das zahlenmäßige Anwachsen des unrechtmäßigen Erwerbs und Besitzes und der illegalen Weitergabe von Rauschgiften sowie der Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung zu erklären.

2. Unrechtmäßiger Erwerb und Besitz und illegale Weitergabe von Rauschgiften

1145 Täter wurden ermittelt. Illegaler Handel wurde dabei nicht festgestellt. Den Hauptanteil dieser Tätergruppe mit 733 Personen stellten straffällige oder tatverdächtige Süchtige. 474 dieser Täter traten erstmalig in Erscheinung. 259 waren rückfällige Süchtige.

Aufgliederung der im Jahre 1954 erfaßten rauschgiftsüchtigen Personen nach Alters- und Berufsgruppen und der Rückfälle

Altersgruppen	Allgemeine Berufe (Handwerker, Angestellte, Beamte, Ehefrauen usw.)		Akademische Berufe: Ärzte		Akademische Berufe: Medizinstudenten		Akademische Berufe: Apotheker		Akademische Berufe: Sonstige		Heil- und Pflegepersonal staatlich geprüfte Krankenpfleger und -pflegerinnen		Gesamtzahl		davon Kriegsversehrte	
		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle		Rückfälle
bis einschl. 35 Jahre																
1. Männer	93	49	24	12	3	2	1	—	—	—	3	—	124	63	13	9
2. Frauen	73	27	3	3	—	—	—	—	—	—	7	5	83	35	—	—
von 36 bis 60 Jahre																
1. Männer	78	65	62	43	2	—	3	1	—	1	6	3	151	113	18	9
2. Frauen	75	35	7	5	—	—	—	1	—	—	19	3	101	44	—	—
über 60 Jahre																
1. Männer	5	—	6	2	—	—	1	—	—	—	—	—	12	2	—	—
2. Frauen	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	2	—	—
Insgesamt	327	177	102	65	5	2	5	2	—	1	35	12	474	259	31	18
	504		167		7		7		1		47		733		49	

Die strafbaren Handlungen durch Süchtige wurden fast ausschließlich zur Erlangung von Rauschgiften mit dem Ziele der Suchtbefriedigung begangen. In 77 Fällen erfolgte der unrechtmäßige Erwerb durch Diebstahl. In 62 dieser Fälle waren es bekannte Täter, unter denen sich 56 Süchtige befanden, die sich wie folgt aufgliedern:

1 Arzt, 7 Apotheker, 22 Krankenschwestern und 26 sonstige Personen.

9 Apothekeneinbrüche wurden gemeldet. Davon konnten 3 Fälle aufgeklärt und die Täter überführt werden. Die bei diesen Einbrüchen gestohlene Ware wurde zum größten Teil wieder herbeigeschafft. Der Verbleib der Rauschgifte aus den übrigen Einbrüchen ist unbekannt. Größere Mengen sind jedoch nicht auf den illegalen Markt gekommen.

89 süchtige Rezeptformular-Diebe und -Fälscher, davon 54 Männer und 35 Frauen, 118 süchtige Rezeptverfälscher, davon 71 Männer und 47 Frauen und 2 süchtige Rezeptformular-Diebe, davon 1 Mann und 1 Frau, wurden ermittelt. 14 Rezeptformular-Diebe und -Fälscher, 7 Rezeptformular-Diebe und 3 Rezeptfälscher blieben unbekannt.

Bei 8 Süchtigen wurden im Zusammenhang mit einer strafbaren Handlung Rauschgifte sichergestellt.

Bei 68 Tätern, davon 34 Männern und 34 Frauen, handelt es sich um solche, die entweder rein zufällig oder auf Grund ihres Umganges mit Rauschgiften (hauptsächlich mit Pervitin und Marihuana) in Berührung kamen. Dieser Täterkreis setzte sich zum größten Teil aus Prostituierten, deren Anhang und den »Bräuten« meist farbiger amerikanischer Soldaten und Seeleute zusammen. In strafrechtlicher Hinsicht waren ihre Taten unbedeutend, so daß die gerichtlichen Verfahren in vielen Fällen zur Einstellung führten.

Im Jahre 1954 wurden 72 Süchtige gemäß §§ 42b oder c StGB in Heil- oder Pflegeanstalten eingewiesen. 42 derartige Unterbringungen erfolgten in West-Berlin, 30 in der Bundesrepublik. Die verhältnismäßig hohe Zahl von Unterbringungen in West-Berlin düfte in etwa durch die besonders

enge Zusammenarbeit der Justiz mit der Kriminalpolizei in West-Berlin zu erklären sein; z. T. dürften aber auch die Ausgänge von Strafverfahren (also auch die angeordneten Unterbringungen nach §§ 42b oder c StGB) im Bereich der Bundesrepublik dem Bundeskriminalamt nicht in ihrer Gesamtheit bekannt geworden sein.

Weitere 53 Personen wurden zwangsweise — teilweise für kürzere Zeiträume — auf Grund von Ländergesetzen, wie sie in fast allen Bundesländern erlassen worden sind, untergebracht. Die meisten derartigen Unterbringungen sind im Lande Niedersachsen auf Grund des Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung vom 21. 3. 1951 (Niedersächsische GuVBl. Nr. 11 vom 28. 3. 1951) erfolgt.

Am 31. 12. 1954 waren in der Kartei der zwangsweise Untergebrachten (Unterbringungskartei) 617 Personen erfaßt. An diesem Tage befanden sich 38 Personen gemäß §126a StPO und 92 Personen gemäß §§ 42b oder c StGB in Heil- oder Pflegeanstalten, 487 waren bedingt oder ohne Auflagen wieder entlassen worden. 36 Personen waren auf Grund von Ländergesetzen untergebracht worden, während 39 solcher Personen wieder zur Entlassung gekommen waren.

Im Jahre 1954 haben straffällige und tatverdächtige Süchtige nachstehend aufgeführte Rauschgifte angewandt: Polamidon, Morphium, Dolantin, Cliradon, Pervitin, Eukodal, Dromoran, Pantopon, Opium. Die Reihenfolge dieser Aufstellung ist nach der Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Mittel gewählt. Beachtlich ist, daß das erst seit dem 10. 7. 1953 dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln unterstellte synthetische Betäubungsmittel Polamidon an erster Stelle steht.

Bemerkenswert ist ferner die Tatsache, daß Straftaten von Rauschgiftsüchtigen fast ausnahmslos zu dem Zweck begangen wurden, um sich in den Besitz von Rauschgiften zur Befriedigung ihrer Sucht zu bringen. Inwieweit Süchtige in ihrem Rauschzustand — in dem sie unter Umständen Betrunkenen am Steuer gleichzuachten sind — Verkehrsunfälle verursacht haben, läßt sich zur Zeit nicht mit Sicherheit sagen. Es dürfte sich jedoch empfehlen, diesem Gesichtspunkt bei der Bearbeitung von Verkehrsunfällen Beachtung zu schenken.

Die Zahl der beim Bundeskriminalamt wegen unrechtmäßigen Erwerbs und Besitzes oder wegen illegaler Weitergabe von Rauschgiften bekannt gewordenen Täter ist — ohne daß ein illegaler Handel festgestellt wurde — im Jahre 1954 gegenüber 1953 um 15,5 % gestiegen.

Im Jahre 1954 wurden folgende im illegalen Verkehr befindlichen Rauschgifte, die dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 10. 12. 1929 einschließlich der Ergänzungen zu diesem Gesetz unterstellt sind, sichergestellt:

8 800 g	Rauchopium	50 g	Kokainsubstanz
580 g	Opiumsubstanz	25 g	Heroinsubstanz
235 g	Morphiumsubstanz	2 870 g	Indischer Hanf

1954 Ampullen und 11 708 Tabletten verschiedener Präparate.

3. Verstöße gegen die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19.12.1930 einschl. Ergänzungen

Insgesamt wurden 234 Täter ermittelt.

Diese Tätergruppe setzt sich aus

214 Ärzten (davon 195 männlich und 19 weiblich) und 20 Apothekern (davon 19 männlich und 1 weiblich) zusammen.

19 Ärzte und 2 Apotheker waren bereits einschlägig bekannt geworden.

In dieser Gruppe sind alle Altersklassen vertreten. Eine bestimmte Altersklasse trat nicht besonders in Erscheinung.

Die Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung sind 1954 im Vergleich zu 1953 um 34,5 % angestiegen und verzeichnen somit ein beachtliches Anwachsen.

In 36 Fällen stellten Ärzte für ihre süchtigen Ehefrauen ärztlich unbegründete Betäubungsmittelverschreibungen aus oder machten ihnen durch Fremdverschreibungen oder durch Verschreibungen für den Praxisbedarf Betäubungsmittel zugänglich.

Das hier mitgeteilte Zahlenmaterial kann wegen der bisher auf Bundesebene noch nicht einheitlichen Bearbeitung von Rauschgiftdelikten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Um zu einem Zahlenergebnis kommen zu können, das den tatsächlichen Verhältnissen entspricht, wäre bei der augenblicklichen Rechtslage die verstärkte Mitarbeit der Amtsärzte im Bundesgebiet wünschenswert. Diese Mitarbeit müßte darin bestehen, daß die Amtsärzte jeden gewohnheitsmäßigen Rauschgiftverbraucher, der Betäubungsmittel durch Begehung strafbarer Handlungen erlangt, der zuständigen Strafverfolgungsbehörde melden.

Daneben wurde es erforderlich, für die einheitliche Bearbeitung von Rauschgiftdelikten Richtlinien aufzustellen. Durch die von der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Landeskriminalämter mit dem Bundeskriminalamt ausgearbeiteten und am 20. 10. 1955 in Hamburg vereinbarten »Richtlinien für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten« ist die notwendige Grundlage geschaffen worden. Diese Richtlinien werden von den Ländern in Kürze für verbindlich erklärt werden.

Sie bringen einleitend Begriffsbestimmungen über die Medikamente, die der Opiumgesetzgebung unterliegen. Sollten in der Praxis Zweifel darüber bestehen, ob ein Präparat den Bestimmungen des Opiumgesetzes unterliegt oder nicht, werden die Landeskriminalämter und letztlich die Bundesopiumstelle hierüber Auskunft geben können. Sodann werden in den Richtlinien die umfangreichen — oft ergänzten — gesetzlichen Bestimmungen angeführt. Es wäre zu wünschen, daß das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 10. 12. 1929 mit seinen vielen Ergänzungen und Zusatzverordnungen recht bald neu kodifiziert würde, damit eine leichtere Übersicht möglich wäre.

Im zweiten Teil der Ausführungen soll der kriminalpolizeiliche Meldedienst bei Rauschgiftdelikten erörtert werden.

In den Richtlinien für den allgemeinen kriminalpolizeilichen Meldedienst ist herausgestellt worden, daß u. a. für Rauschgiftdelikte besondere Meldebestimmungen gelten. Diese besonderen Meldebestimmungen bilden einen Teil der nunmehr vorliegenden Richtlinien für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten.

Über die Notwendigkeit des kriminalpolizeilichen Meldedienstes allgemein zu sprechen, dürfte sich erübrigen. Hier soll lediglich auf die Meldetätigkeit eingegangen werden, die für eine erfolgversprechende Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Rauschgiftdelikten zwischen der sachbearbeitenden örtlichen Dienststelle, dem zuständigen Landeskriminalamt und dem Bundeskriminalamt unerläßlich ist. Die Verbrecher-Perseveranz gewerbs- und gewohnheitsmäßiger Rechtsbrecher zeigt sich, wenn auch mit gewissen Abweichungen, bei den Rauschgifttätern ebenso wie bei anderen Straftätern. Damit ist die kriminologische Grundlage für den Meldedienst auf diesem Spezialgebiet gegeben.

Innerhalb der in Klasse VII der Grundeinteilung der Straftaten ausgewiesenen Rauschgiftdelikte hat es sich nach der Erfahrung als zweckmäßig erwiesen, eine Zusammenfassung nach folgenden Tätergruppen vorzunehmen:

a) Rauschgifthändler und -schmuggler,
b) illegale Erwerber zum Zwecke des Verbrauchs,
c) Täter, die gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung verstoßen.

Zu a): Es kann mit Befriedigung festgestellt werden, daß in der Bundesrepublik und in West-Berlin von einem berufs- und gewerbsmäßigen Rauschgifthandel und -schmuggel zur Zeit nicht gesprochen werden kann. Die in Erscheinung getretenen Händler und Schmuggler haben sich mit diesem Geschäft nur nebenbei befaßt. Die Menge der durch diese Tätergruppen umgesetzten Rauschgifte kann zwar nicht genau angegeben werden, ist aber wohl als gering zu veranschlagen.

Von einem Festhalten dieser Tätergruppe an einer bestimmten, sich in gleicher oder ähnlicher Form immer wiederholenden Tatausführung kann nicht gesprochen werden. Aus diesem Grunde gestaltet sich die Auswertung der Meldungen KP 12 über unbekannte Täter dieser Gruppe und die anschließende Vergleichsarbeit besonders schwierig.

Zu b): Bei straffälligen Rauschgifterwerbern gewinnt jedoch die Verbrecher-Perseveranz eine größere Bedeutung.

Den Hauptteil dieser Gruppe stellen Süchtige, die entweder durch eine Krankheit, durch leichtfertiges Verschreiben von Ärzten oder auch rein zufällig mit Rauschgift in Verbindung gekommen sind.

Die spezifizierte Verbrecher-Perseveranz zeigt sich bei gewohnheitsmäßigen Verbrauchern darin, daß sie sich fast immer das gleiche, einmal angewandte Rauschgift zu verschaffen suchen. So werden Täter, die sich an Morphium, Dolantin, Polamidon, Pervitin oder anderes gewöhnt haben — soweit möglich — auf dieses ihre Sucht befriedigende Mittel zurückgreifen.

Genau so wie die Rechtsbrecher, die sich nicht nur auf ein und dieselbe Straftat oder Straftatengruppe spezialisieren, sondern eine ganz bestimmte Arbeitsmethode anwenden, gehen die straffälligen Rauschgifterwerber bei der Ausführung »ihres« Deliktes vor.

Für die Täter, die gute »schauspielerische Fähigkeiten« besitzen, ist besonders charakteristisch, daß sie bei Ärzten direkt auftreten und unter Vortäuschung eines Leidens Betäubungsmittel oder Betäubungsmittel-Verschreibungen erschleichen. Sie werden hier das Leiden vortäuschen, dessen Symptome ihnen persönlich oder durch Schilderung bekannt wurden.

Im Zusammenhang mit der Art der vorgetäuschten Krankheit wird auch immer das Mittel stehen, an das sich der Süchtige gewöhnt hat. Selbstverständlich gibt es auch Täter, die mehrere Betäubungsmittel verbrauchen.

Täter, die nicht über die vorerwähnten Fähigkeiten verfügen, neigen dazu, im Rahmen der Tatausführung zwar persönlich, aber indirekt in Erscheinung zu treten.

Hierunter fallen die Betäubungsmittel-Diebe, die Rezeptformular-Diebe, die Täter, die sich Rezeptformulare zum Zwecke der Fälschung selbst herstellen bzw. in Druckereien herstellen lassen und die Rezeptverfälscher.

Es dürfen die Täter nicht unerwähnt bleiben, die zwar zu den illegalen Erwerbern gehören, die die Betäubungsmittel jedoch nicht selbst verbrauchen. Wie schon erwähnt, handelt es sich bei diesen Tätern — man kann sie als Mittäter bezeichnen — vornehmlich um Familienangehörige oder Freunde der gewohnheitsmäßigen Rauschgiftverbraucher. Sie erwerben Rauschgifte meist auf von Ärzten erschlichene Verschreibungen, um die Medikamente dann unentgeltlich oder gegen geringes Entgelt an die gewohnheitsmäßigen Verbraucher abzugeben. Zum Teil geben sie auch die erschlichenen Rezepte direkt weiter.

Ärzte, die sich Rauschgifte zum gewohnheitsmäßigen Verbrauch auf eigenen Namen, auf Namen von Patienten bzw. Angehörigen oder für den Praxisbedarf verschreiben, haben in bezug auf die Verbrecher-Perseveranz keine besondere Bedeutung. Bei dieser Tätergruppe dürfte die Dunkelziffer innerhalb der Rauschgiftdelikte am größten sein. Wie groß sie tatsächlich ist, läßt sich nicht einmal annähernd festlegen.

Zu c): Hier handelt es sich ausschließlich um Ärzte und Apotheker, die namentlich immer bekannt sind.

Die charakteristischen Arbeitsmethoden — insbesondere der Täter, die bereits in der Gruppe der illegalen Erwerber zum Zwecke des Verbrauchs zusammen mit ihren Mittätern erwähnt wurden — werden ihnen zum Verhängnis. Die kriminalpolizeilichen Nachrichtensammel- und Auswertungsstellen können aus den Meldungen Zusammenhänge zwischen bisher noch ungeklärten Straftaten erkennen und durch Vergleich mit der Arbeitsweise und Personenbeschreibung bekannter Täter Hinweise auf den möglichen Täter erlangen.

Der kriminalpolizeiliche Meldedienst erfüllt nur dann seinen Zweck, wenn die Meldungen so schnell wie möglich den Nachrichtensammelstellen zugeleitet werden. Der Erfolg der Vergleichsarbeit hängt weiter davon ab, daß jeder Vordruck erschöpfend und genau ausgefüllt wird. Die Arbeit der Beamten an den Karteien kommt den Ermittlungsbeamten zugute, die bei der Bearbeitung von Strafsachen zunächst im Dunkeln tappen und denen mit einem kleinen Hinweis oft der »rote Faden« für eine erfolgreiche Ermittlungstätigkeit an die Hand gegeben wird. Daran soll der Sachbearbeiter immer denken, wenn er den Vordruck KP 12 ausfüllt. Von der Genauigkeit der darauf vermerkten Angaben allein hängen Wert und Brauchbarkeit der damit gespeisten Karteien und damit der Erfolg jeder Auswertungsarbeit ab.

Die Materie bringt es mit sich, daß in Meldungen nach KP 12 — wie sich auch aus der Fragestellung ergibt — Besonderheiten Berücksichtigung finden, die bei anderen Delikten nicht in Erscheinung treten.

Den den Richtlinien beigefügten gesetzlichen Bestimmungen kann der Rauschgiftsachbearbeiter entnehmen, wie Ein-, Aus-, Durchfuhr, Handel, Gewinnung, Herstellung, Verarbeitung, Erwerb sowie Verschreibung und Abgabe von Rauschgiften geregelt sind.

Es hat sich im Hinblick auf das kriminalpolizeiliche Meldewesen als zweckmäßig erwiesen, daß bei der Bezeichnung der Straftat in der Vordruckmeldung KP 12 nicht die Paragraphen der gesetzlichen Bestimmungen, gegen die der Täter verstoßen hat, genannt werden, sondern daß eine Unterteilung nach den bereits genannten Gruppen vorgenommen wird.

Manche Sachbearbeiter werten die Straftaten der Ärzte, die sich Rauschgifte zum Zwecke des gewohnheitsmäßigen Selbstverbrauchs auf eigenen Namen, auf Namen von Patienten oder für den Praxisbedarf verschreiben, als ein Vergehen gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung. Nach der Grundeinteilung sind die Straftaten dieser Täter wohl richtiger in die Gruppe »illegaler Erwerb« zum Zwecke des Eigenverbrauchs einzureihen.

In der gleichen Weise steht der »illegale Erwerb« bei den Straftaten der Täter im Vordergrund, die Rauschgifte mittels Diebstahls oder Erschleichens, Erschleichens von Rezepten, Rezeptformular-Diebstahls und -Fälschung und mit Hilfe von Rezeptfälschung usw. an sich bringen.

Es wäre zweckmäßig, bei der Bezeichnung dieser Straftaten beispielsweise zu schreiben:

Erwerb mittels Diebstahls,
Erwerb mittels Rezeptfälschung,
Erwerb mittels Rezeptverfälschung usw.

Art und Gebrauch des von dem gewohnheitsmäßigen Rauschgiftverbraucher verwendeten Rauschgiftes müssen in der Meldung berücksichtigt werden, weil sie ein wesentliches Moment bei der Vergleichsarbeit sein können.

Sichergestellte Rauschgifte sind mengenmäßig nach Gewicht oder Zahl (Ampullen, Tabletten usw.) sowie nach ihrer handelsüblichen Stärkenbezeichnung aufzuführen. Dies ist notwendig, weil die Bundesrepublik auf Grund internationaler Abkommen verpflichtet ist, die im illegalen Verkehr sichergestellten Rauschgifte nach Art und Menge zu erfassen, um sie am Jahresschluß der Rauschgiftkommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen zu melden. Diese Aufgabe ist dem Bundeskriminalamt übertragen worden.

Sofern Betäubungsmittel sichergestellt werden, deren Herkunft nicht einwandfrei nachgewiesen werden kann, ist es erforderlich, die Beschriftung des Etiketts auf der Meldung KP 12 genauestens zu vermerken. Unter Umständen kann es sich als zweckmäßig erweisen, eine Fotografie des Etiketts der Meldung beizufügen. Hieraus können durch Anfrage bei den Herstellerfirmen evtl. Rückschlüsse dahingehend gezogen werden, wann die Herstellung erfolgte und wer der letzte legale Besitzer war. Bisher ungeklärte Betäubungsmittel-Diebstähle können auf diese Weise geklärt werden.

Bei der Personenbeschreibung ist in der Meldung KP 12 nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren, die für die Erstellung der Meldungen KP 13 und KP 14 richtunggebend sind. Zu beachten ist, daß zu den sichtbaren Kennzeichen auch die Kennzeichen gehören, die nicht wahrgenommen werden können, wenn der Täter bekleidet ist.

Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung werden oft als Bagatellsachen betrachtet. Dies mag in den Fällen gerechtfertigt erscheinen, in denen es sich lediglich um Formfehler handelt, die bei der Ausstellung oder Belieferung von Betäubungsmittel-Rezepten begangen wurden. Sofern es sich jedoch um Verstöße anderer Art, insbesondere um ärztlich unbegründete Betäubungsmittel-Verschreibungen handelt — seien sie fahrlässig, vorsätzlich oder aus Gewinnsucht erfolgt —, sollte ihnen eine besondere Beachtung beigemessen werden.

Gleiches trifft für die Apotheker zu, die z. B. Betäubungsmittel ohne Rezept abgeben, auch wenn ihnen der »Kunde« verspricht, ein Rezept nachzuliefern. Die Erfahrung hat gezeigt, daß suchtgefährdete Personen, die durch die vorerwähnten Handlungen in den Besitz von Betäubungsmitteln gelangten, mitunter sehr schnell süchtig wurden.

Die Mehrzahl der Süchtigen neigt bei Ausbleiben der durch »vielverschreibende« Ärzte bezogenen Betäubungsmittel dazu, sich ihre »Mittel« durch Begehung strafbarer Handlungen zu beschaffen, bei denen sich zeigt, daß sie infolge ihrer Sucht bereits enthemmt sind. Die »vielverschreibenden« Ärzte sind damit indirekt mitschuldig an den strafbaren Handlungen der Süchtigen.

Der sachbearbeitende Kriminalbeamte sollte in seinem Schlußbericht die Bedeutung der Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeverordnung besonders herausstellen. Dadurch könnte er unter Umständen dazu beitragen, daß der Täter so bestraft wird, wie er es auf Grund seiner Schuld und der Auswirkungen seiner Handlungsweise im Interesse einer wirksamen Bekämpfung verdient.

Aus den Antworten zu den gestellten Einzelfragen und aus der kurzen Schilderung des Sachverhalts im Vordruck KP 12 müssen sich die Punkte ergeben, die erforderlich sind, um eine sachgemäße karteimäßige Erfassung sowohl beim zuständigen Landeskriminalamt als auch beim Bundeskriminalamt vornehmen zu können. Nur dadurch kann die Grundlage für eine erfolgversprechende Vergleichsarbeit geschaffen werden.

Abschließend sollen noch einige Hinweise auf die internationale Meldetätigkeit des Bundeskriminalamtes auf dem Gebiete der Rauschgiftdelikte gegeben werden.

Hierbei handelt es sich zunächst um die Berichterstattung an das Generalsekretariat der Internationalen Kriminalpolizeilichen Kommission (IKPK) in Paris, des weiteren um die Berichte an die Rauschgiftkommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen. Unter Verwendung der von der IKPK erstellten Formulare Sa (Rauschgiftdiebstahl) — Anlage 1 (Seite 177 ff.) — und Sb (Rauschgifthandel) — Anlage 2 (Seite 181 ff.) — erfolgt eine Berichterstattung über international beachtliche Fälle an das Generalsekretariat der IKPK, wobei das erkennungsdienstliche Material in dreifacher Ausfertigung mit übersandt wird. In ähnlicher Weise werden der Rauschgiftkommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen Einzelfälle von besonderer oder internationaler Bedeutung — dies sowohl hinsichtlich der Persönlichkeit der Täter und der Tatausführung als auch nach der Menge der sichergestellten Rauschgifte und des evtl. bereits bekannt gewordenen Ausgangs des Verfahrens — mitgeteilt, Anlage 3 (Seite 185 ff.).

Die wirksame Bekämpfung der Rauschgiftstraftäter ist eines der Ziele der Kriminalpolizei. Sie kann nur erfolgreich sein, wenn die örtlichen Kriminalpolizeien mit ihren Landeskriminalämtern und diese wiederum mit dem Bundeskriminalamt eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Diese unbedingt erforderliche ineinandergreifende Zusammenarbeit und das Bewußtsein um die gemeinsame Aufgabe bestimmen die Tätigkeit des Bundeskriminalamtes.

Expéditeur Sender
Remitente Отправитель
Absender:

Formule Sa
Formular Sa

A **le** *

(date) Datum:
El (fecha) de de
(число) г.

Destinataire:
Rezipient:
Destinatario:
Адресат:
Empfänger:

1 **COMMISSION INTERNATIONALE DE POLICE CRIMINELLE (Secrétariat Général)**
11, rue des Saussaies, PARIS (8e)

2 **Correspondant National de la Commission des Stupéfiants de l'O.N.U.**
National Correspondent of the Commission for Narcotics of the U.N.O.
Correspondiente Nacional de la Comisión de Estupefacientes de la O.N.U.
Национальный Корреспондент Комиссии О. О. Н. по Наркотикам

RENSEIGNEMENTS SUR UN VOL DE STUPÉFIANTS

NOTICE OF THEFT OF NARCOTICS

DATOS SOBRE UN ROBO DE ESTUPEFACIENTES

СВЕДЕНИЯ О КРАЖЕ НАРКОТИКОВ

Bericht über einen Rauschgiftdiebstahl

---

1. — **Date et lieu précis du vol:**
Exact date and place where theft occurred:
Fecha y lugar exactos del robo:
Точная дата и место кражи:
Datum und Ort des Diebstahls:

2. — **Nature des «drogues» volées:**
Kind of drugs stolen:
Naturaleza de las drogas robadas:
Род украденных наркотиков:
Art des gestohlenen Rauschgiftes:

3. — **Quantités volées:**
Quantity stolen:
Cantidad robada:
Украденное количество:
Gestohlene Menge:

4. — **Forme des marchandises volées (aspect extérieur, emballage):**
Description of package stolen (outward appearance — wrapping):
Forma de las drogas robadas (aspecto exterior, embalaje):
Вид украденных наркотиков (внешний вид — упаковка):
Beschreibung der gestohlenen Ware (Äußeres, Verpackung):

5. — **Pays d'origine:**
Country of origin:
País de origen:
Страна происхождения:
Herkunftsland:

marque de fabrique:
manufacturer's mark:
marca de fabrica:
фабричная марка:
Fabrikmarke:

étiquette:
label:
rótulo:
этикетка:
Etikette:

6. — **Destination présumée de la « drogue » volée:**
Suspected destination of stolen drugs:
Destinación supuesta de la droga robada:
Возможное назначение украденного наркотика:
Angenommener Bestimmungsort des gestohlenen Rauschgifts:

7. — **Moyens de transport:**
Means of transport:
Medios de transporte:
Способы переправки:
Transportmittel:

8. — **Circonstances du vol:**
Circumstances of the theft:
Circunstancias del robo:
Обстоятельства кражи:
Besondere Umstände des Diebstahls:

9. — **Etat-civil des individus arrêtés et rôle joué:**
Civil status individuals arrested and the part they played:
Filiación de los individuos detenidos y papel que desempeñaron:
Гражданское состояние задержанных лиц и участие каждого из них:
Personalien der festgenommenen Personen und von ihnen gespielte Rolle:

10. — **Etat-civil des individus en fuite et rôle joué par eux:**
Civil status of individuals in flight and their role in the theft:
Filiación de los individuos en rebeldía y papel que desempeñaron:
Гражданское состояние убежавших лиц и участие каждого из них:
Personalien der geflohenen Personen und von ihnen gespielte Rolle:

11. — **Délinquants non identifiés:**
Participants not identified:
Delincuentes que no fueron identificados:
Преступники, личность которых не была установлена:
Unbekannt gebliebene Teilnehmer:

12. — **Observations:**
Remarks:
Observaciones:
Примечания:
Bemerkungen:

Signature:
Signature:
Firma:
Подпись:
Unterschrift:

Expéditeur Sender
Remitente Отправитель
Absender:

Formule Sb
Formular Sb

A **le** *
(date) Datum:
El (fecha) de de
(число) г.

Destinataire:
Recipient:
Destinatario:
Адресат:
Empfänger:

1 **COMMISSION INTERNATIONALE DE POLICE CRIMINELLE (Secrétariat Général)**
11, rue des Saussaies, PARIS (8e)

2 **Correspondant National de la Commission des Stupéfiants de l'O.N.U.**
National Correspondent of the Commission for Narcotics of the U.N.O.
Correspondiente Nacional de la Comisión de Estupefacientes de la O.N.U.
Национальный Корреспондент Комиссии О. О. Н. по Наркотикам

RENSEIGNEMENTS SUR UN TRAFIC DE STUPÉFIANTS
INFORMATION OF NARCOTIC TRAFFIC
DATOS SOBRE UN TRAFICO DE ESTUPEFACIENTES
СВЕДЕНИЯ О НЕЛЕГАЛЬНОМ СБЫТЕ НАРКОТИКОВ
Bericht über einen Rauschgifthandel

1. — **Date et lieu de la saisie:**
Date and place of seizure:
Fecha y lugar de confiscación:
Дата и место конфискации:
Datum und Ort der Sicherstellung:

2. — **Nature des «drogues» saisies:**
Kind of drugs seized:
Naturaleza de las drogas comisadas:
Род конфискованных наркотиков:
Art der sichergestellten Rauschgifte:

3. — **Quantités saisies:**
Quantity seized:
Cantidad confiscada:
Конфискованное количество:
Sichergestellte Menge:

4. — **Forme des marchandises (aspect extérieur — emballage):**
Description of package (outward aspect — wrapping):
Forma del producto (aspecto exterior — embalaje):
Вид товаров (внешний вид — упаковка):
Beschreibung der Ware (Äußeres, Verpackung):

5. — **Pays d'origine:**
Country of origin:
País de origen:
Страна происхождения:
Herkunftsland:

étiquette:
label:
rótulo:
надпись:
Etikette:

marque de fabrique:
manufacturer's mark:
marca de fabrica:
фабричная марка:
Fabrikmarke:

date d'expédition:
shipping date:
fecha de expedición:
число отправки:
Datum der Absendung:

autres indications: (numéro du lot, etc.)
other indications: (batch number, etc.)
otros datos (número de la partida, etc.)
другие указания: (номер партии, и т. п.
Sonstige Angaben (Versand-Nummer usw.):

6. — **Destination de la marchandise (propriétaire — transitaire — consignateurs):**
Destination of the merchandise (owner — shipper — consignee):
Destinación del producto (propietario, encargado del tránsito, consignadores):
Назначение товара (владелец — посредник — вручители):
Bestimmungsort der Ware (Eigentümer, Verfrachter, Empfänger):

7. — **Moyens de transports employés (bateau — chemin de fer — avion — voiture, etc.):**
Means of transport employed (boat — railway — airplane — motor-car, etc.):
Medios de transporte empleados (buque, ferrocarril, avion, automóvil, etc.):
Способы переправки (судно — поезд — самолет — автомобиль, и т. п.):
Transportmittel (Schiff, Eisenbahn, Flugzeug, Auto usw.):

8. — **Nationalité - nom et marque des moyens de transports:**
Nationality — name and make of means of transport:
Nacionalidad — nombre y marca de los medios de transporte:
Национальность — наименование и марка перевозочных средств:
Nationalität, Name und Art des Transportmittels:

9. — **Itinéraire:**
Itinerary:
Itinerario:
Маршрут:
Fahrplan:

10. — **Résumé de l'affaire : (mentionner notamment le point de passage où la drogue a été détournée vers le marché clandestin)**
Résumé of the affair : (including the point at which the drug was diverted into illicit traffic)
Resúmen del asunto : (se indicará, entre otros datos, en qué punto del tránsito la droga fué invertida en el tráfico ilegal)
Краткое изложение дела: (указать, между прочим, место проезда, где наркотик был пущен в незаконную продажу)
Kurze Zusammenfassung des Falles (einschließlich Erwähnung der Stelle, an der das Rauschgift in den illegalen Handel abgezweigt wurde) :

11. — **Etat-civil des individus impliqués et rôle joué dans l'affaire :**
Civil status of the individuals implicated and the roles which they played in the affair :
Filiación de los individuos metidos en el asunto y papel desempeñado por cada uno de ellos :
Гражданское состояние лиц замешанных в деле и участие каждого из них:
Personalien der in den Fall verwickelten Personen und die Art ihrer Beteiligung :

12. — **Délinquants non identifiés :**
Individuals not identified :
Delincuentes que no fueron identificados :
Преступники, личность которых не была установлена:
Unbekannt gebliebene Personen :

13. — **La substance a-t-elle été fabriquée illégalement (indiquer, le cas échéant, le centre de fabrication illégale).**
Was the substance manufactured illegally (if such is the case, indicate the center of illegal manufacture) :
¿Ha sido fabricada la substancia de un modo ilegal? (dado el caso, se indicará el centro de fabricación ilegal)
Вещество было-ли фабриковано нелегальным путем (если возможно, указать центр фабрикации нелегального наркотика):
Wurde die Substanz ungesetzlich hergestellt?
(Wenn ja, geben Sie den ungesetzlichen Herstellungsort an)

14. — **La substance a-t-elle été falsifiée, substituée ou incorporée à d'autres marchandises?**
Was the substance substitued for, incorporated in or represented as other merchandise?
¿Se trata de una falsificación, de un sucedáneo o se presenta el producto mezclado con otras mercancias?
Касается ли фальсификации, суррогата или других товаров с примесью наркотика?
Ist die Substanz verfälscht, vertauscht oder mit anderen Waren vereinigt worden?

15. — **Des étiquettes fausses ont-elles été utilisées? Si oui, en fournir la description et/ou la photographie.**
Were false labels used? If so, give description and/or photograph.
¿Fueron empleados rótulos falsos? Si fuera asi, adjuntar su descripción, y/o fotografía.
Подложные этикетки Если существуют такие, приложить их описание и/или фотографию.
Sind falsche Etiketten verwandt worden? Wenn ja, wird um eine Beschreibung bzw. Photos gebeten.

16. — **A-t-on fait usage d'une adresse conventionnelle secrète?**
Was a secret or accommodation address used?
¿Existe una dirección secreta convencional?
Есть ли тайный условный адрес?
Wurde eine Deck-Adresse angewandt?

17. — **A-t-on fait usage d'un code ou d'un langage secret?**
Was a secret code or language used?
¿Fué empleado un código o una lengua secreta?
Возможное употребление какого-то тайного кодекса или языка:
Wurden Codes oder eine Geheimsprache verwandt?

18. — **Méthode employée pour faire passer la drogue en contrebande:**
Method employed for passing the drug as contraband:
Método empleado para llevar de contrabando la droga:
Способ переправки наркотика контрабандным путем:
Angewandte Methode, um das Rauschgift durchzuschmuggeln:

19. — **Mesures prises par le Gouvernement (emprisonnement, amende, etc.):**
Action taken by Government (imprisonment, fine, etc.):
Medidas tomadas por el gobierno (encarcelamiento, multa, etc.):
Меры принятые государством (заключение в тюрьму, наложение штрафа, и т. п.)
Maßnahme der Regierung (Gefängnis, Geldstrafen usw.):

20. — **Observations:**
Remarks:
Observaciones:
Примечания:
Bemerkungen:

Signature:
Signature:
Firma:
Подпись:
Unterschrift:

Anlage 3

Abfasser .... **Laufende Nr.** ....

....

.... **Datum** ....

Deutschland

Formular für Meldungen über gesetzwidrige Geschäfte und beschlagnahmte Waren

(Vom General-Sekretär der Vereinten Nationen abgesandt, zwecks Erleichterung der Vorbereitung von Meldungen gemäß Artikel 23 des Abkommens 1931)

TEIL I

1. **Datum der Beschlagnahme:** .... **2. Ort der Beschlagnahme:** ....

3. **Art und Menge der beschlagnahmten Rauschgifte:** ....

....

....

....

....

4. **Angaben hinsichtlich der verwendeten Schiffe, Fahrzeuge bzw. Flugzeuge (einschließlich Name, Eigentümer, Weg, Staatsangehörigkeit usw.):**

....

....

....

5. **Angaben hinsichtlich Personen und/oder Firmen (einschließlich Name, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Alter, Beruf usw.):**

....

....

....

6. **Herkunft der beschlagnahmten Rauschgifte. Mit einzuschließen sind sämtliche vorhandenen Angaben sowie jegliche vernünftige Vermutungen, welche die Herkunft, den An- und Verkauf der Betäubungsmittel erläutern dürften, besonders im Zusammenhang mit der zu (4) und (5) oben erwähnten Auskunft:**

....

....

....

b. w.

TEIL II

7.*) Gerichtliches Verfahren. (Angabe der Rechtsgrundlage und des Urteils, einschließlich Ort und Datum seiner Verkündigung):

....

....

....

....

TEIL III

8. Sachverhalt. (Insbesondere Angaben betreffs etwaiger neuer oder ungewöhnlicher Methoden, welche im Schleichhandel beim Verbergen der Rauschgifte bzw. von Beamten zum Verhaften von Schleichhändlern angewandt wurden):

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

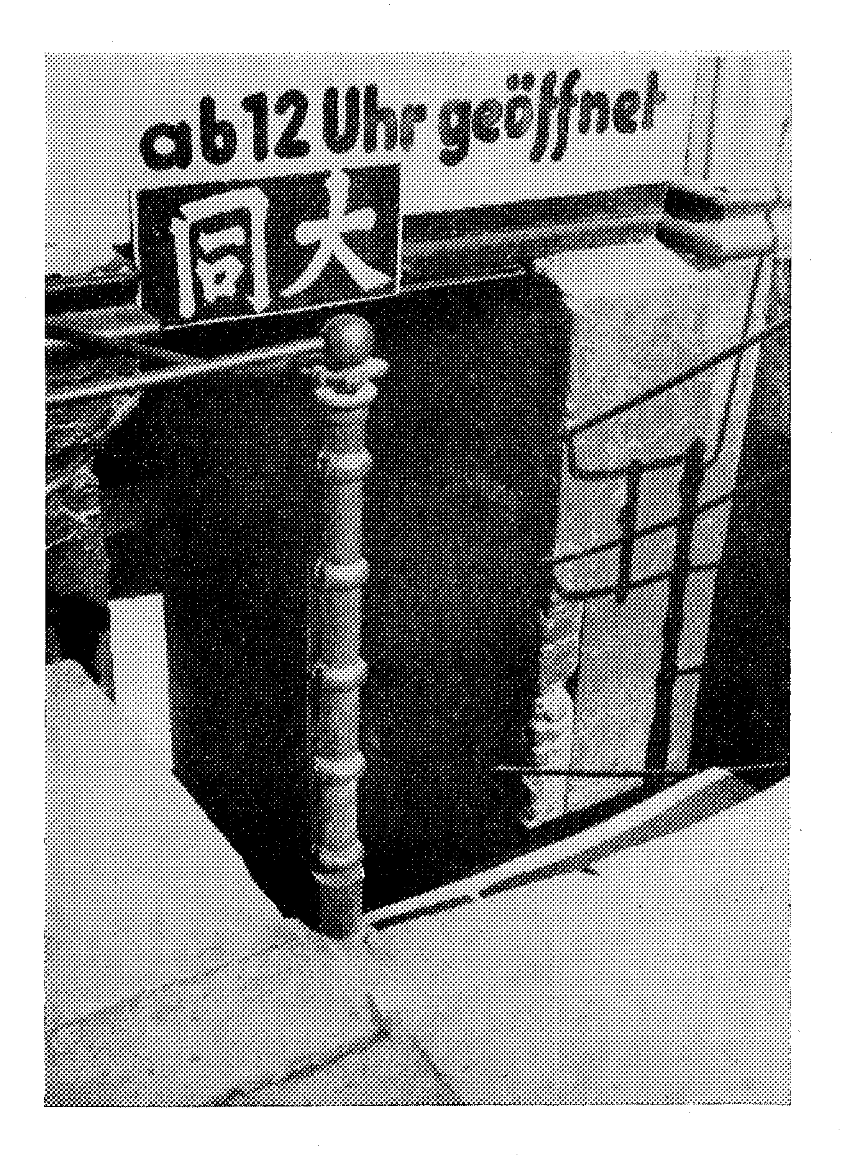
....

....

....

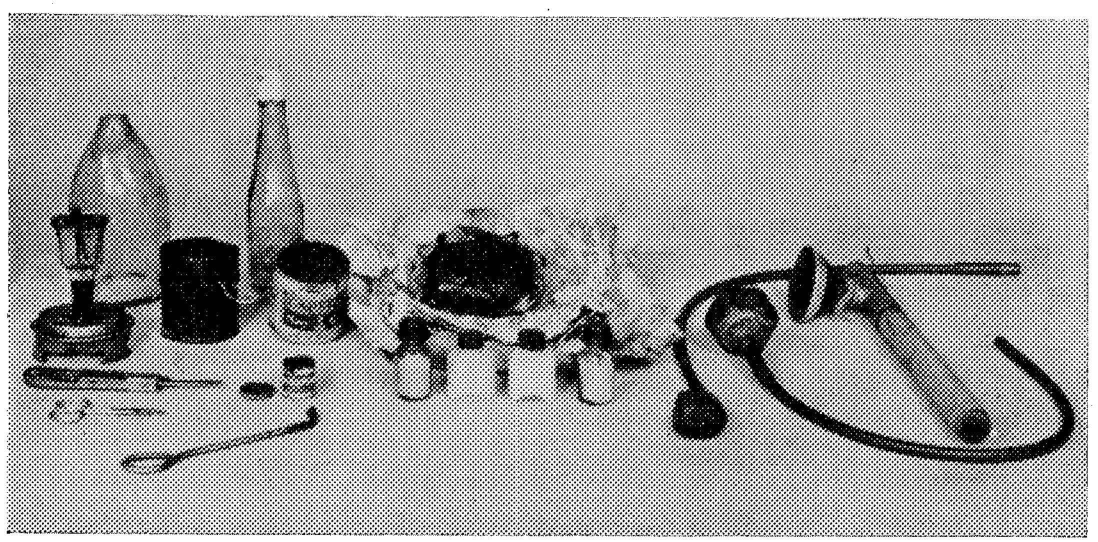
*) Diese Angaben können nachher hineingeschickt werden, nach Abschluß des gerichtlichen Verfahrens.



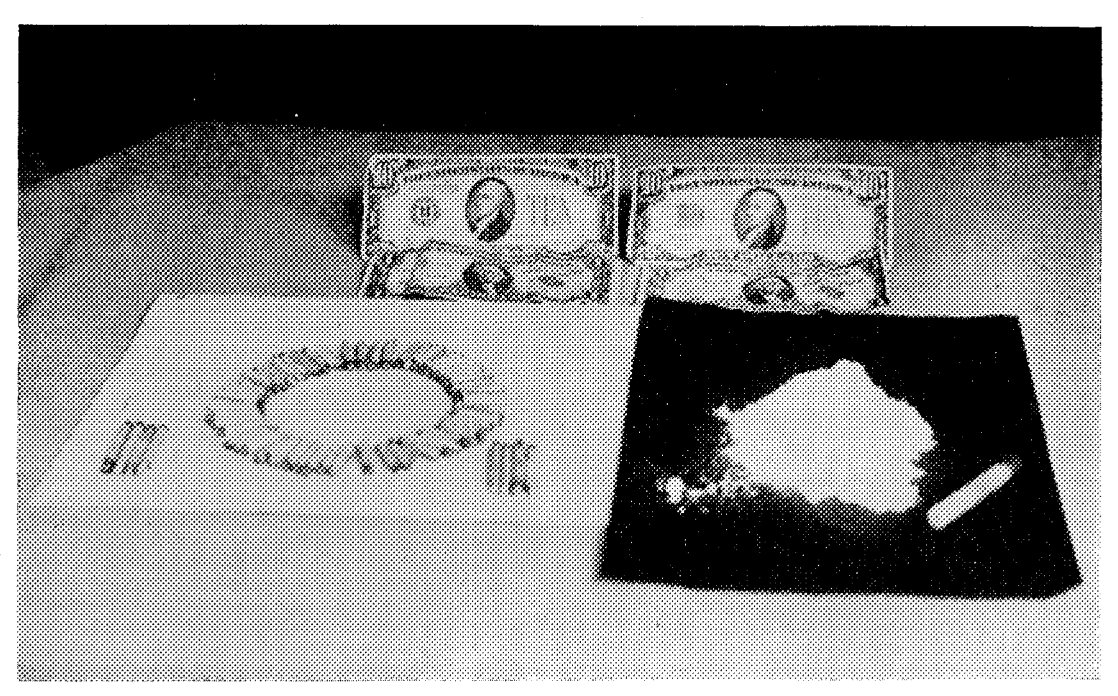


Ein 65jähriger seit 35 Jahren in Deutschland lebender Chinese wurde in Hamburg in den Jahren 1949, 1951 und 1952 wegen Rauschgifthandels festgenommen.

In seinem Wohnkeller in St. Pauli konnten 1949 nicht unerhebliche Mengen an Opiumpulver, Kokain, Rauchopium, Opiumschnaps, Opiumpfeifen sowie eine Opiumlampe und Dollarnoten sichergestellt werden. 1951 förderte die Durchsuchung ca. 400 g Rauchopium, gefälschtes Kokain sowie provisorische Utensilien zum Opiumrauchen und 1952 nochmals 1360 g Opiumpulver zu Tage. Der Chinese gab an, Gelegenheitsgeschäfte mit Seeleuten im Hamburger Hafen getätigt und hierbei Rauschgifte von unbekannten Seeleuten zum Eigenverbrauch wie zum Weiterverkauf erworben zu haben.







(Bildarchiv Bundeskriminalamt)

Aktuelle Probleme der Rauschgiftsuchtbekämpfung durch den Arzt

Privatdozent Dr. Dr. H. Ehrhardt, Universität Marburg

Sucht und Suchtbekämpfung sind keineswegs nur — und nicht einmal in erster Linie — Probleme der Kriminologie und des Strafrechts. Die kriminell in Erscheinung getretenen Süchtigen bilden immer nur einen Teil in dem großen Heer derer, die mißbräuchlich und gewohnheitsmäßig Rausch- und Genußgifte verwenden. Allein aus dieser Feststellung ergibt sich, daß der Schwerpunkt einer wirksamen Suchtbekämpfung im »Vorfeld« der Strafrechtspflege liegen muß.

I.

In ärztlicher Sicht ist der Süchtige zunächst einmal ein »Abnormer«, aber auch ein »Leidender«. Ob er im medizinischen Sinne »krank« ist, wird heute mit guten Gründen bezweifelt, wenn man daran festhält, daß es Krankheit nur im Bereich des Leiblichen gibt, daß sich der medizinische Krankheitsbegriff auf strukturelle und funktionelle Organveränderungen beschränkt. Die Diskussion zwischen Pharmakologen und Psychiatern (Heubner, Lendle, Schulte, Villinger, Zutt) über das Wesen der Sucht hat manche Unklarheiten beseitigt. Die moderne Pharmakologie hält zwar an der stofflich-spezifischen Natur der Sucht fest, sie sieht aber nicht mehr in der mit der Gewöhnung verbundenen Intoxikation, in der Abstumpfung der Wirkung bei Steigerung der Dosis und in den der Entwöhnung folgenden Entziehungserscheinungen den ausschlaggebenden — oder allein ausschlaggebenden — Faktor bei der Suchtbildung. Andererseits ist es für den Psychiater klar, daß Sucht ohne Suchtmittel nicht gut denkbar ist, wenn auch nach aller Erfahrung der letzten Jahrzehnte der Schwerpunkt des Problems in der Disposition zum Mißbrauch, in den persönlichen Voraussetzungen, in der anlagemäßigen charakterlichen Abartigkeit des Süchtigen zu suchen ist.

Villinger hat unsere heutige Auffassung von der Sucht wie folgt zusammengefaßt:

»Für uns Ärzte bedeutet Sucht ein durch Vernunft und Willen nicht oder kaum unterdrückbares, triebartig wiederkehrendes, abnormes Verlangen nach einem durch ein chemisches Mittel herbeigeführten, als lustvoll erlebten Zustand und die aus der mißbräuchlichen chronischen Anwendung dieses Mittels hervorgehenden Folgeerscheinungen leib-seelischer Art. Gemeint ist also der gewohnheitsmäßige, aus eigenem Willen nicht mehr (oder nur sehr schwer) absetzbare Mißbrauch, wie er sich — meist, doch keineswegs immer — entwickelt auf dem Boden einer von vornherein geringeren Widerstandskraft des Willens gegenüber dem mehr oder weniger unwiderstehlichen Streben nach müheloser Aufhebung dysphorischer Zustände, insbesondere des Gefühls der Insuffizienz, der inneren Leere, der Langeweile, eines allgemeinen oder besonders gefärbten Unbehagens und nach Herbeiführung einer glücklicheren, rausch- oder traumartigen Verfassung mit Hilfe eines Mittels, dessen begrenzte Wirkungsdauer und fatale Nebenwirkungen (plus Folgen) in Kauf genommen, ja vielfach zutiefst gerade gewünscht werden.«

Eine Fortführung der interessanten Diskussion über den Suchtbegriff würde den Rahmen dieses Referates sprengen. Die Skizzierung des derzeitigen Standpunktes und der eigenen Auffassung ist aber mit Rücksicht auf die — auch in ärztlichen Kreisen — verbreiteten Mißverständnisse und rein hypothetischen Konstruktionen in diesem Bereich erforderlich. Bezüglich der Geschichte, Pharmakologie und Psychologie der einzelnen Suchtmittel sowie der Psychopathologie und Klinik der Süchte wird auf die einschlägigen Referate dieser Tagung und die neueren zusammenfassenden Arbeiten von Ehrhardt, Hesse, Møller, Pohlisch, Reko und die einschlägigen Kapitel in den psychiatrischen Lehrbüchern von Bleuler, Ewald, Kolle, Weygandt-Gruhle verwiesen.

II.

Voraussetzung jeder wirksamen Suchtbekämpfung auf breiter Basis ist die Kenntnis der Verbreitung, der Häufigkeit der Süchte. Auf Grund der Berichte von Kliniken, Anstalten und frei praktizierenden Ärzten hat die Zahl der Süchtigen nach dem Zusammenbruch von 1945 wieder erheblich zugenommen (Villinger, Zutt). Diese Feststellung entspricht durchaus den Erfahrungen nach dem 1. Weltkrieg. Allgemeine Verelendung, Hunger und Wohnungsnot, Zusammenbruch von Bindungen weltanschaulicher und gesellschaftlicher Art und das situationsbedingte Sinken der Moral sind von jeher Gefährdungsdispositionen des Milieus, denen auch Menschen mit geringer konstitutioneller Suchtbereitschaft erliegen. Dazu kam nach diesem Krieg die Überschwemmung des »Schwarzen Marktes« mit Suchtmitteln aus den geplünderten Beständen der Wehrmachtslazarette und Sanitätsparks.

Zuverlässige statistische Angaben liegen aus diesen ersten Jahren nach dem Krieg verständlicherweise nicht vor. Die erste fundierte Statistik über die Verbreitung der Rauschgiftsucht in der Bundesrepublik und West-Berlin wurde auf Grund von Erhebungen der Gesundheitsabteilung im Bundesministerium des Innern von Danner in dem vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung herausgegebenen »Bulletin« für die Jahre 1952/53 veröffentlicht. Das sorgfältig ausgewertete Zahlenmaterial ist eine Repräsentativstatistik, die zunächst einmal sensationelle Pressemeldungen über das derzeitig katastrophale Ausmaß der Rauschgiftsucht eindeutig widerlegt. Aus der amtlichen Statistik ergibt sich ein Bundesdurchschnitt (einschl. West-Berlin)

von 0,78 : 10 000 für 1952 und
0,86 : 10 000 für 1953.

Pohlisch errechnete 1927 einen Reichsdurchschnitt von 1:10 000,
und Linz im gleichen Jahr für Berlin einen Durchschnitt von 1,91:10 000.

Die Zahlen wirken auf den ersten Blick sehr beruhigend. Wer aber in der Praxis mit Süchtigen zu tun hat, muß einige Kritik anmelden. Wie ist die amtliche Statistik zustande gekommen? Die einzelnen Gesundheitsämter melden ihre Feststellungen der zuständigen Gesundheitsbehörde des Landes und diese geben sie an das Bundesgesundheitsamt weiter. Die Statistik bezieht sich also auf diejenigen Süchtigen, die beim Gesundheitsamt in Erscheinung getreten sind. Wer die aktuellen Sorgen der Amtsärzte gerade auf diesem Gebiet kennt, wird nicht übersehen dürfen, daß wir gerade bei den Süchtigen mit einer nicht unerheblichen »Dunkelziffer«, die in den einzelnen Bezirken sicher sehr unterschiedlich ist, rechnen müssen. Ganz besonders dürfte das für die Ärzte gelten, die nach wie vor das größte Kontingent der Süchtigen stellen. Nach der Statistik kamen 1952 ein süchtiger Arzt auf 130 Ärzte und 1953 war das Verhältnis 1 : 108. Bei der Bearbeitung des Problems durch die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) stützte man sich dagegen auf unverbindliche Angaben der einzelnen Ärztekammern und schätzte die Zahl der süchtigen Ärzte auf etwa 3 %. Für die Suchtbekämpfung gerade in den eigenen Reihen der Ärzteschaft ist es natürlich nicht entscheidend, ob 1 % oder 3 % der Ärzte süchtig sind. Hinsichtlich der Auswertung der Statistik muß man aber ebenso vor einer Übertreibung wie vor einer Verniedlichung des Problems warnen. Die Zahlen beweisen, daß der Rauschgiftsucht nach wie vor ernste Beachtung geschenkt werden muß (Sperling).

Die amtliche Statistik macht ein anderes Phänomen, das dem Psychiater bereits geläufig ist, erstmals ganz deutlich: den Wandel im Gebrauch von Suchtmitteln. Das früher dominierende Morphin ist an die 3. Stelle gerückt. Polamidon führt mit Abstand; es folgen Dolantin, Cliradon, Eukodal und Pervitin. Eine weitere Beobachtung ist aber der Statistik nicht zu entnehmen. Wir meinen die Zunahme der polytrop Süchtigen, also die häufigere Verwendung mehrerer Suchtmittel z. T. konträrer Wirkung, wie z. B. Weckamine und Barbiturate.

Die Statistik des Bundesgesundheitsamtes wird ergänzt durch die Statistik des Bundeskriminalamtes. Erfaßt sind die polizeilich in Erscheinung getretenen Süchtigen, also ein klar abgrenzbarer Personenkreis, bei dem das Kriterium der »Dunkelziffer« etwas mehr eingeengt wird. Die Polizeiliche Kriminalstatistik kann aber niemals ein zuverlässiger Indikator für die tatsächliche Verbreitung der Rauschgiftsucht sein. Es ist ohne weiteres verständlich, daß eine stärkere Betonung rechtsstaatlicher Prinzipien bei polizeilichen und richterlichen Ermittlungen manchem Süchtigen zugute kommt, obwohl es bei der Rauschgiftsucht viel mehr um die »Rechte anderer« als um das Recht der Persönlichkeit des Süchtigen im Sinne Art. 2 GG gehen sollte.

Das Ergebnis der bisherigen Bemühungen um die Kenntnis der Suchtverbreitung ist in mehrfacher Hinsicht unbefriedigend. Bessere Methoden zur Erfassung der Süchtigen sind im Interesse einer wirksamen Suchtbekämpfung unbedingt erforderlich.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß eine gezielte Rauschgiftsuchtbekämpfung nur durch die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörde und der ärztlichen Standesorganisation einerseits, der Polizei- und Justizbehörden andererseits zu verwirklichen ist. Die alte Rivalität auf diesem Gebiet zwischen Reichskriminalpolizeiamt und Reichsgesundheitsamt sollte der Vergangenheit angehören. Ein so komplexes Problem eignet sich nicht für Kompetenzstreitigkeiten, weil die Kompetenzen der Natur der Sache nach verteilt sind. Die auf Grund des Opiumgesetzes vom 30. 12. 1920 errichtete Opiumstelle wurde zunächst von der Arbeitsgemeinschaft für Chemie verwaltet und am 1. 7. 1924 dem 1876 durch Bundesratsbeschluß gegründeten Reichsgesundheitsamt angegliedert. Durch Gesetz vom 27. 2. 1952 wurde die Errichtung eines Bundesgesundheitsamtes beschlossen, dem nach § 3 »eine Abteilung für Rauschgiftsuchtbekämpfung mit der Bundesopiumstelle« angeschlossen ist. Die zentrale Fortführung der Arbeiten der Opiumstelle ist damit gesichert.

III.

Die ärztliche Behandlung in Form der Entziehung und Entwöhnung ist nur ein Teilgebiet der Suchtbekämpfung, das für sich allein leider sehr begrenzte Erfolgschancen bietet. Der Schwerpunkt liegt in den Präventivmaßnahmen, die nur mit behördlicher Unterstützung bzw. durch den Staat zu realisieren sind. Das »Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln« (Opiumgesetz) von 1929 und die »Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken« von 1930 haben die Beschaffung von Suchtmitteln z. T. so erschwert, daß bestimmte Suchtformen, wie z. B. durch Heroin oder Kokain, in Deutschland fast ausgestorben oder wenigstens praktisch bedeutungslos geworden sind.

Suchtmittel gelangen heute fast ausschließlich über den Arzt in die Hände des Verbrauchers. Dadurch hat sich die Verantwortung des Arztes beträchtlich erhöht, und es bestätigt sich in potenzierter Form das vielzitierte Wort von Kraepelin: »Gäbe es keine Ärzte, so gäbe es auch keinen Morphinismus«. Die durchaus brauchbaren gesetzlichen Bestimmungen, auf die jeder Arzt immer wieder hingewiesen wird, die im Morphinbuch für Ärzte und in fast jedem Rezept- oder Therapiebuch abgedruckt sind, haben leider nicht verhüten können, daß noch immer viel zu viel Suchtmittel der verschiedensten Art verordnet werden und die Zahl der süchtigen Ärzte sicher nicht abgenommen hat.

Die ärztlichen Standesorganisationen haben sich deswegen immer wieder um dieses Problem bemüht. Der 47. Deutsche Ärztetag 1928 in Danzig stand unter dem Leitthema: »Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung«. Referenten waren der Psychiater Gaupp, Tübingen, und Rost vom damaligen Reichsgesundheitsamt Berlin. Sie faßten ihre Ausführungen in 12 Leitsätzen zusammen, die vom Deutschen Ärztetag als für die gesamte Ärzteschaft verbindliche Richtlinien akzeptiert wurden. Weiterhin wurde eine Ergänzung der gesetzlichen Vorschriften gefordert, um u. a. die Entziehung der Approbation zu ermöglichen. Die Leitsätze von Gaupp und Rost sind von historischer Bedeutung für die Suchtbekämpfung. Da sie nur schwer zugängig sind, werden sie hier im Wortlaut wiedergegeben:

1. »Die Zunahme der Rauschgifterkrankungen (Morphinsucht, Kokainsucht) seit der Kriegszeit verlangt dringend allgemeine Maßnahmen und eine besondere Regelung durch die Ärzteschaft als die berufene Hüterin der Volksgesundheit. Die Regelung ist um so notwendiger, als durch das Ansteigen der Zahl der Süchtigen die Sucht nach Rauschgiften sich zu einer Gefährdung der Allgemeinheit ausgewachsen hat. Diese Sucht birgt — abgesehen von den jedem Arzt bekannten schweren körperlichen, geistigen und sittlichen Schädigungen der Süchtigen selbst — in sich die Gefahr des wirtschaftlichen Ruins, des Zerfalls der Familie, der Proselytenmacherei, und bei einigen Suchten sogar schwerster krimineller Konflikte. Die Stoffe des Opiumgesetzes können nach den gesetzlichen Vorschriften in die Hände der Verbraucher nur durch den Entschluß des Arztes (Zahnarztes, Tierarztes) zu einer Verschreibung gelangen. Wegen der genannten Verfahren muß der Verbrauch dieser Substanzen auf das absolut notwendige Mindestmaß zurückgeschraubt werden.
2. Dabei muß die Handlungsfreiheit des sich an die Indikationen der ärztlichen Wissenschaft und Praxis haltenden Arztes uneingeschränkt erhalten bleiben. Die praktische Berufsausübung wird nicht beeinträchtigt, wenn folgende in Ziffer 3. bis 12. angeführten wissenschaftlichen Grundsätze innegehalten werden.

3. Die Verschreibung der Stoffe des Opiumgesetzes in Substanz kann in keinem Falle ärztlich begründet werden.

4. Die Verordnung von Kokain ist durch die Einführung der nichtsuchtbildenden modernen Lokalanaesthetika entbehrlich geworden, außer bei chirurgischen Eingriffen, bei Augen-, Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen zur unmittelbaren Anwendung am Kranken.

5. Falls bei der Verschreibung von Opiaten über die Maximaldosen hinausgegangen werden muß, soll allein Morphin — zur eigenen Sicherung des Arztes mit schriftlicher Aufzeichnung — verordnet werden. Die Anwendung der anderen Opiate über die Maximaldosen hinaus bieten keine so wesentlichen Vorteile, als daß nicht auf ihre Anwendung über die Maximaldosen hinaus — ohne Benachteiligung der Kranken — zur Verhütung von Opiatsuchten und zur Erleichterung ihrer Bekämpfung verzichtet werden könnte.

6. Die Verordnung von Morphin und anderen Opiaten ist ärztlich nur begründet, wenn der Arzt nach strenger Prüfung der Besonderheiten des einzelnen Krankheitsfalles mit anderen Mitteln nicht auskommen kann. Die erste Morphineinspritzung kann schon die Gefahr der Sucht in sich bergen.
Nicht jeder Schmerz braucht ein Opiat.
Opiate sind keine Schlafmittel.
Als Hustenmittel ist Morphin zumeist ersetzbar.
Dagegen ist Morphin unentbehrlich, gegebenenfalls auch über die Maximaldosen hinaus, zur Stillung schwerster Schmerzen, so z. B. bei schweren Anfällen von Nieren- und Gallensteinkoliken, bei schweren tabischen Krisen, bei schweren Gesichtsneuralgien, bei heftigem akutem Wundschmerz, bei Folgezuständen schwerer Verletzungen und ähnlichen Indikationen, bei schmerzhaften unheilbaren Leiden (wie z. B. Tuberkulose und Karzinom im Endstadium) und zur Euthanasie.

7. Die Morphinspritze gehört in die Hand des Arztes: sie darf nicht gewohnheitsmäßig, sondern nur in Ausnahmefällen vom Arzt zuverlässigen approbierten Pflegepersonen unter seiner besonderen Kontrolle anvertraut werden.

8. Das Ziel der ärztlichen Behandlung von Rauschgiftsüchtigen muß grundsätzlich die sachgemäße Entziehung und Entwöhnung mit entsprechender psychischer Nachbehandlung sein. Von Entziehungsversuchen in der Sprechstunde oder Entziehungskuren im Haus ist ein Erfolg erfahrungsgemäß nicht zu erwarten.

9. Kokain einem Kokainsüchtigen zu verordnen, ist ärztlich nicht zu vertreten; der Arzt läuft nicht Gefahr, einen Kokainsüchtigen falsch zu behandeln oder dessen Leben zu gefährden, wenn er die Verordnung von Kokain unter allen Umständen ablehnt.

10. Der Morphinkranke ist zu entwöhnen, sobald die ärztliche Indikation zur Morphinverschreibung (s. vorstehende Ziffer 6) nicht mehr vorliegt. Entsprechend ist bei solchen Kranken zu verfahren, bei denen eine Gewöhnung an andere Opiate (s. vorstehende Ziffer 5) eingetreten ist.

11. Bei der Behandlung des Morphinsüchtigen in der Praxis ist es die wesentliche Aufgabe des Arztes, auf möglichst sofortige Einleitung der Entziehungskur zu drängen. Bis zum Beginn der Entziehungskur soll der Arzt mit möglichst geringen Dosen von Morphin auszukommen suchen. Die zur Vermeidung erheblicher Abstinenzerscheinungen erforderliche Mindestmenge von Morphin ist am Süchtigen selbst — unabhängig von dessen eigenen Angaben — zu ermitteln; sie liegt stets erheblich unter der vom Süchtigen tatsächlich zuletzt genommenen Menge. Ist die Einleitung einer Entziehungskur aus äußeren Gründen oder mangels Einsicht oder guten Willens des Süchtigen nicht möglich, so liegt es im Interesse des Süchtigen wie auch des Arztes selbst, wenn der Arzt sich an eine Kommission von sachverständigen Ärzten wendet, deren Einrichtung den Ärzteorganisationen empfohlen wird.

12. Die für den Apotheker zur allein zulässigen Abgabe von Morphin usw. notwendige Voraussetzung, nämlich die Abgabe als Heilmittel, ist erfüllt, wenn das in der Apotheke aufzubewahrende Rezept des Arztes unter den Voraussetzungen der vorstehenden Leitsätze ausgestellt ist. Ein solches ärztlich begründetes Rezept sollte unbedingt folgende Angaben enthalten:
    a) Name, Ort der Niederlassung, Wohnung und Fernsprechnummer des verschreibenden Arztes;
    b) Ort und Tag der Ausstellung;
    c) eine ausdrückliche Gebrauchsanweisung;
    d) Name und Wohnung der Person, für die die Arznei bestimmt ist;
    e) eigenhändige, ausgeschriebene Namensunterschrift des verschreibenden Arztes;
    f) sinngemäß ist auch bei Verordnungen pro statione zu verfahren.

    Durch ein derart von einem Arzt ausgestelltes Rezept auf Morphin usw. wird der Fälschung oder Nachahmung von Rezepten nach Möglichkeit vorgebeugt.«

Die Leitsätze sind inzwischen in mancher Beziehung überholt. Einige ihrer Forderungen wurden in die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung übernommen, andere müssen durch neue Erkenntnisse in der Suchtbehandlung ergänzt werden.

Der nächste wichtige Schritt in der Suchtbekämpfung erfolgte während des letzten Krieges (1943) auf Initiative der Reichsärztekammer. Nach Beratung mit maßgeblichen Psychiatern wurden die folgenden »Richtlinien zur Behandlung von morphinistischen Ärzten« mit Zustimmung der »Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater« formuliert:

1. »Alle morphinistischen oder rauschgiftsüchtigen von der Reichsärztekammer betreuten Ärzte sind grundsätzlich in einer Heil- oder Pflegeanstalt unterzubringen, wobei Ansammlungen vermieden werden müssen. Privatheilanstalten kommen nur in Frage, soweit sie in einem von der Reichsärztekammer aufgestellten Verzeichnis enthalten sind.
2. Im Hinblick auf das meist raffinierte Vorgehen der Süchtigen sind gegen Verstecken und Einschmuggeln der Arzneimittel besonders wirksame Vorkehrungen unerläßlich. Kleider, Wäsche, Gepäck, auch Bücher, sind sofort abzunehmen. Die eingelieferten Süchtigen werden nackt ins Bad gebracht und einer genauen Leibeskontrolle unterzogen, wobei auch den Körperöffnungen (Mund, Ampulle des Rektums, Vagina) besondere Beachtung zu schenken ist. Der Süchtige erhält anstaltseigene Wäsche und wird in ein Isolierzimmer verbracht. Es darf ihm nicht ermöglicht werden, an seine mitgebrachten Sachen heranzukommen.
3. Bis zum völligen Verschwinden der Abstinenzerscheinungen soll bei entsprechender Kost Bettruhe verordnet und der Urin auf Opiate untersucht werden.
4. Medikamente zur Bekämpfung der Abstinenzerscheinungen sollen in der Regel nicht verabreicht werden; es ist lediglich die Verordnung von Kreislaufmitteln angezeigt. Von Schockbehandlung und Dauerschlaf kann Abstand genommen werden.
5. Nach abgeschlossener Liegekur folgt strenge Arbeitsbehandlung. Dabei ist ärztliche oder sonstige wissenschaftliche Tätigkeit möglichst auszuschließen, dagegen nachdrücklicher Wert auf intensive körperliche Beschäftigung im Freien zu legen.
6. Nach ausreichendem, im Regelfall etwa 3monatigem Anstaltsaufenthalt, Versetzung auf eine offene Abteilung mit gelegentlicher Ausgangserlaubnis zur Probe auf Bewährung. Nach etwa 4 Wochen plötzlich und ohne weitere Vorbereitung oder warnenden Hinweis Zurückverlegung auf die geschlossene Abteilung. Der Kranke ist wie bei der Aufnahme zu behandeln (Bad, körperliche Untersuchung, Anstaltswäsche, Urinprobe) und einige Tage in strenger Isolierung zu halten. Eigenes Gepäck darf ihm während dieser Zeit ebenfalls nicht zugänglich sein.
7. Als Gesamtdauer der Entziehungskur wird man mit 6 Monaten rechnen müssen. Wichtig ist die Vorbereitung auf die Entlassung, insbesondere eine weitgehende Anbahnung der Sanierung äußerer Verhältnisse unter Berücksichtigung aller Gefahrenquellen, die einen Rückfall verursachen könnten. Der Wahl eines geeigneten Entlassungszeitpunktes ist besondere Sorgfalt zu schenken. Dem Patienten sind die Bedingungen für seine Entlassung durch Unterzeichnung einer entsprechenden Erklärung (einheitliches Formblatt) eindringlich nahezulegen (Hinweis auf die §§ 5 und 7 der Reichsärzteordnung, also Zurücknahme der Bestallung oder Ruhen der Befugnisse zur Ausübung des ärztlichen Berufes).
8. Während der ganzen Behandlungszeit sind wiederholte, plötzliche Harnuntersuchungen durchzuführen.
9. Auf die psychische Beeinflussung und Willenserziehung ist Wert zu legen. Hierzu gehört auch eine zweckmäßige Steuerung der Lektüre des Kranken.
10. Wünschenswert ist nach der Entlassung statt Ausübung der freien Praxis zunächst Beschäftigung in einem theoretischen Fach (Gutachter-Tätigkeit in der Industrie oder im Verwaltungsdienst).
11. Die Rezeptkontrolle erfolgt bis zum Erlaß der erwarteten staatlichen Vorschriften am besten durch Erklärung des Einverständnisses mit entsprechenden Maßnahmen. Die Belieferung der Patienten des Arztes soll nur durch eine Apotheke erfolgen.
12. Aufnahme und Entlassung aus der Anstalt sind der Reichsärztekammer — Abteilung XI — und der zuständigen Zentralmeldestelle für Suchtmittelbekämpfung jeweils unmittelbar bekanntzugeben.«

Diese »Richtlinien« sind stark mit Details über die Durchführung der Entziehung beladen, während praktisch wichtige Fragen, wie Finanzierung, Vertreterbeschaffung, Voraussetzungen für die Beantragung des Ruhens der Berufsausübungsbefugnis oder die Zurücknahme der Bestallung, ganz fehlen. Wie schon erwähnt, hat sich auch in der Suchtbehandlung manches gewandelt. Einzelheiten gehören aber nicht in die »Richtlinien«. Sie können heute in jedem psychiatrischen Lehrbuch nachgelesen werden.

Kurz zu erwähnen ist noch die Tätigkeit der »Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« (Hamm/Westf.), die sich früher auch in der Rauschgiftsuchtbekämpfung sehr aktiv betätigt hat. Seit 1945 beschränkt sich aber die Tätigkeit der »Hauptstelle« auf den Alkohol- und Nikotin-Abusus.

IV.

Die neueste Entwicklung findet — wenigstens teilweise — ihren Niederschlag in den kürzlich vom Präsidium des Deutschen Ärztetages veröffentlichten »Leitsätzen« und »Richtlinien« in neuer Fassung [vgl. Ärztl. Mitt. 40, 897 (1955)]. Der »Gesundheitspolitische Ausschuß« der Bundesärztekammer hatte sich bereits 1950 ausführlich mit dem Problem befaßt, und Schmieder referierte auf dem Deutschen Ärztetag 1951 über das Leitthema »Kampf der Sucht«. Die Verbreitung der Rauschgiftsucht innerhalb der Ärzteschaft schätzte man damals auf 3 %, wovon allerdings nur etwa 1 % erfaßt ist. Die letztgenannte Zahl wurde bekanntlich durch die Statistik des Bundesinnenministeriums für 1952/53 bestätigt.

Weite Kreise der Ärzteschaft wiesen in der Folgezeit immer wieder darauf hin, daß eine Aktivierung der Suchtbekämpfung in den eigenen Reihen dringend erforderlich sei. Am 5. 3. 1953 wurde der Wissenschaftliche Beirat des Präsidiums, der sich aus Vertretern aller wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammensetzt, mit der Ausarbeitung von Vorschlägen beauftragt. Die Mitglieder des Beirats waren sich darüber einig, daß es in erster Linie darauf ankomme, neue Mittel und Wege zur Erfassung, Behandlung und ggf. Ausschaltung von süchtigen Ärzten zu finden. Die gelegentlich erhobene Forderung nach neuen gesetzlichen Regelungen wurde als unzweckmäßig und wenig aussichtsreich erkannt. Allenfalls könnte man an eine Ergänzung der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Entmündigung im Sinne des Vorschlages von Langelüddeke denken und § 6 Abs. 1 Ziff. 3 BGB wie folgt formulieren:

> »3. wer infolge Trunksucht oder Rauschgiftsucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, oder sich oder andere gefährdet.«

Im übrigen bieten die in Ausführung von Art. 104 GG erlassenen Ländergesetze über die Unterbringung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- und alkoholsüchtiger Personen in der Regel ausreichende gesetzliche Handhaben gegen Süchtige (vgl. Ehrhardt-Villinger). Durch das in Vorbereitung befindliche Bundesgesetz über die Fürsorge für psychisch Kranke wird die Situation wahrscheinlich noch verbessert und vor allem vereinheitlicht.

Der Schwerpunkt bei der Suchtbekämpfung kann also nicht in der Schaffung immer neuer gesetzlicher Vorschriften gesucht werden. Opiumgesetz, Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung und Unterbringungsgesetze bilden zusammen mit den einschlägigen Bestimmungen des StGB und BGB einen ausreichenden gesetzlichen Rahmen. Die Erfahrung hat vielmehr gezeigt, daß es zur Zeit fast ausschließlich darum geht, wie und in welchem Umfang von den gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten Gebrauch gemacht wird. Maßnahmen zur Suchtbekämpfung bei Ärzten sollen von dem Gedanken der Kollegialhilfe getragen sein. Jeder mit der Suchtbehandlung von Kollegen befaßte Arzt kann auf Grund zahlreicher und konkreter Beispiele überzeugend demonstrieren, daß in allzu vielen Fällen durch scheinbar kollegiale Zurückhaltung der rechte Zeitpunkt für eine aussichtsreiche Behandlung verpaßt wurde. Die oft schwerwiegenden Folgen derartig mißverstandener Kollegialität haben der süchtige Arzt selbst, seine Familie, die ganze Ärzteschaft und nicht zuletzt die Patienten zu tragen.

Eine erfolgreiche Suchtbekämpfung gerade bei Ärzten kann nicht jeden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und sonstige Härten umgehen. Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates waren deswegen der Ansicht, daß durch bestimmte Maßnahmen der freiwilligen Selbstkontrolle dem wohlverstandenen Interesse der gesamten Ärzteschaft am besten gedient wäre. Wer die damit verbundenen Möglichkeiten der Kollegialhilfe ablehnt, muß mit gesetzlichen Mitteln dazu gezwungen werden. Jede darüber hinausgehende Konzession verkennt das Wesen der Sucht, die Persönlichkeit des Süchtigen und macht die Suchtbekämpfung illusorisch.

Auf Grund dieser Überlegungen wurden von Villinger und dem Verfasser als Vertreter der »Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater« (jetzt »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde«) in Verbindung mit den Vertretern der gerichtsmedizinischen und der pharmakologischen Gesellschaft Entwürfe für Leitsätze und Richtlinien ausgearbeitet, die der Wissenschaftliche Beirat mit einigen Ergänzungen und Änderungen einstimmig billigte. Aus dem Kreis des Präsidiums des Deutschen Ärztetages wurden am 5. 3. 1955 gegen diese Vorschläge Bedenken hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit und der Auswirkungen geäußert und man

beschloß, die Vorlage dem Ausschuß »Suchtgefahren und Suchtbekämpfung« bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zu überweisen. Dieser Ausschuß hat am 23. 7. 1955 ohne Fühlungnahme mit den an der Vorlage besonders interessierten Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates die wesentlichen Bestimmungen über die Maßnahmen der freiwilligen Selbstkontrolle für die Ärzteschaft herausgenommen. Diese in wesentlichen Teilen geänderte Fassung vor allem der Richtlinien wurde von dem Präsidium des Deutschen Ärztetages angenommen und am 21. 10. 1955 in den »Ärztlichen Mitteilungen« veröffentlicht. Seitens der psychiatrischen und der gerichtsmedizinischen Gesellschaft wurde dazu festgestellt, daß sie sich mit der vorliegenden Fassung der Leitsätze und Richtlinien nicht ganz einverstanden erklären könnten. Im Wissenschaftlichen Beirat wurde die Frage bisher noch nicht wieder diskutiert.

Es folgt der Wortlaut der Leitsätze und Richtlinien in der vom Präsidium des Deutschen Ärztetages veröffentlichten Fassung.

Leitsätze betr. die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung

1. Die Verbreitung von Rauschgiftsuchten verschiedenster Art hat seit dem Ende des letzten Weltkrieges wieder zugenommen. Neben den eigentlichen Opiaten spielen die Schlafmittel, die sogenannten Weckamine der Benzedrin-Pervitingruppe und schließlich stark wirkende Analgetica aus der Reihe der Methadone, wie z. B. Polamidon, oder Keto-Bemidone, wie z. B. Cliradon, eine steigende Rolle als Suchtmittel.
2. Es ist eine vordringliche Aufgabe der Ärzte als der berufenen Hüter der Volksgesundheit, in dem gegebenen gesetzlichen Rahmen auf eine wirksame Suchtbekämpfung ständig bedacht zu sein. Die Behandlungsfreiheit des Arztes soll dabei in vollem Umfange erhalten bleiben, sofern er sich bei der Verwendung von Betäubungsmitteln streng an die Indikationen der ärztlichen Wissenschaft und Praxis hält.
3. Das »Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln« (Opiumgesetz) und die »Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken« in Verbindung mit den verschiedenen Zusatz- und Ergänzungsverordnungen sind brauchbare gesetzliche Bestimmungen für eine wirksame Bekämpfung der Rauschgiftsucht, wenn sie von allen beteiligten Instanzen konsequent befolgt werden. Dazu kommen die verschiedenen ländergesetzlichen Regelungen über die Unterbringung geisteskranker, alkohol- und rauschgiftsüchtiger Personen. Der Arzt muß diese Bestimmungen nicht nur kennen, er darf auch vor ihrer Anwendung im Einzelfall nicht zurückschrecken.
4. Der Arzt muß sich bei der Durchführung solcher Maßnahmen auf die rückhaltlose Unterstützung staatlicher Instanzen verlassen können. Zwischen den behandelnden Ärzten und den Gesundheitsämtern, die auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen die Betäubungsmittelverordnung überwachen, ist eine enge Zusammenarbeit und gegenseitiger nachrichtlicher Verkehr erforderlich.
5. Die unter 1. angeführten Mittel werden häufiger als unbedingt notwendig verordnet. Da die im Opiumgesetz aufgeführten Mittel nach den gesetzlichen Vorschriften in die Hand der Verbraucher eigentlich nur durch eine ordnungsgemäße Verschreibung des Arztes gelangen können, müssen die Ärzte in Praxis und Krankenhaus ständig auf die hohe Verantwortung hingewiesen werden, die mit jeder Verschreibung von Betäubungsmitteln verbunden ist. Insbesondere gehört es zu den Pflichten der leitenden Ärzte der Krankenhäuser und Kliniken, ihre Krankenhausärzte bezüglich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zu überwachen.
6. Die Behandlung von Rauschgiftsüchtigen kann nur im Rahmen einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung durchgeführt werden. Ambulante Behandlung ist erfahrungsgemäß erfolglos und verstößt daher gegen die ärztlichen Berufspflichten.
7. Die Behandlung der Rauschgiftsüchtigen erfolgt in zwei Abschnitten: der Entziehung und der Entwöhnung. Rasche Entziehung ist heute die Methode der Wahl. Sie dauert etwa 4—8 Wochen und ist stets mit einer nachfolgenden Entwöhnungskur von in der Regel 6 Monaten zu verknüpfen. Entziehungs- und Entwöhnungskur bilden eine obligatorische Behandlungseinheit. Außer staatlichen Kliniken und Krankenanstalten kommen für Entziehungs- und Entwöhnungskuren nur solche privaten Institutionen in Frage, die den allgemeinen Forderungen der Suchtbekämpfung genügen und unter laufender staatlicher Aufsicht stehen.
8. Die Durchführung der Entwöhnung braucht nicht in derselben Klinik oder Anstalt wie die Entziehung zu erfolgen. Die Krankenabteilungen müssen über ausreichende Möglichkeiten für eine angemessene und vielseitige Arbeitstherapie sowie für eine individuelle und anpassungsfähige Psychotherapie verfügen, da erfahrungsgemäß ein derartig kombiniertes therapeutisches Vorgehen für den Erfolg der Entwöhnung entscheidend ist.
9. Nach Abschluß von Entziehung und Entwöhnung muß sich der Betroffene freiwillig für einen Zeitraum von etwa 2 Jahren einer laufenden Überwachung unterziehen. Im Laufe der Überwachungszeit

sind in unregelmäßigen Abständen und überraschend Harnkontrollen durchzuführen. Nachuntersuchungen durch den die Entwöhnung durchführenden Arzt sind je nach Lage des Einzelfalles vorzunehmen.

10. Der Rauschgiftsüchtige ist vom Arzt als Kranker, nicht als Krimineller oder Lasterhafter, zu behandeln. Diese grundsätzliche Haltung darf kein Hindernis für die Anwendung ärztlich notwendiger und gesetzlich statthafter Maßnahmen der Suchtbekämpfung sein.

Richtlinien zur Behandlung von rauschgiftgefährdeten und rauschgiftsüchtigen Ärzten

1. Da es Aufgabe der Ärztekammern ist, einerseits die Bevölkerung vor Schädigungen durch einen rauschgiftsüchtigen Arzt zu schützen, andererseits jedem Arzt kollegiale Hilfe zu gewähren, muß es das Bestreben der Ärztekammern sein, von der Rauschgiftsucht eines Arztes möglichst frühzeitig Kenntnis zu erhalten. Dadurch soll verhindert werden, daß der rauschgiftsüchtige Arzt gegen seine ärztlichen Berufspflichten verstößt oder sich strafbar macht, oder daß die Entziehung der Zulassung zur Kassenpraxis, das Ruhen der Berufsausübung oder die Zurücknahme der Bestallung zur Erwägung steht.
2. Zu diesem Zweck soll jede Ärztekammer einen oder mehrere Fachärzte damit beauftragen, rauschgiftgefährdeten und rauschgiftsüchtigen Ärzten und ihren Angehörigen mit geeignetem Rat zur Seite zu stehen. Damit dieser Rat rechtzeitig wirksam wird, sind folgende Maßnahmen zu treffen:
   a) Mit den Leitern der Gesundheitsämter ist eine Vereinbarung dahingehend zu treffen, daß sie den von der Ärztekammer beauftragten Fachärzten vertraulich Mitteilung machen, wenn sich bei der Rezeptkontrolle in den Apotheken der Verdacht ergibt, daß ein Arzt rauschgiftgefährdet oder rauschgiftsüchtig ist.
   b) Die Ehefrauen der Ärzte sind in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, daß die rechtzeitige Behandlung des rauschgiftgefährdeten oder rauschgiftsüchtigen Arztes allein geeignet ist, die Familien vor Not zu bewahren, und daß die zuständige Ärztekammer bei der Überwindung wirtschaftlicher Schwierigkeiten während der Entziehungs- und Entwöhnungskur behilflich sein kann.
   c) Die leitenden Ärzte der Krankenhäuser und Kliniken sind zu ersuchen, bei Verdacht einer Rauschgiftgefährdung oder Rauschgiftsucht eines Arztes dem von der Ärztekammer beauftragten Facharzt vertraulich Mitteilung zu machen.
3. Ärzte, bei denen der begründete Verdacht auf eine Rauschgiftsucht besteht, sind von dem von der Ärztekammer beauftragten Facharzt aufzufordern, sich freiwillig in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder Anstalt zur Beobachtung bzw. zur Durchführung einer Entziehungskur zu begeben. Bei den durch die Anstaltsaufnahme entstehenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten soll die Ärztekammer gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durch Bestellung eines Vertreters in die Praxis und durch Beschaffung von Darlehen zur Deckung der Behandlungskosten behilflich sein. Die Bestellung eines Vertreters und die Beschaffung eines Darlehens sind davon abhängig zu machen, daß der Arzt
   a) die Entziehungskur entsprechend den in Ziff. 7 der Leitsätze angegebenen Grundsätzen durchführt,
   b) sich bereit erklärt, sich einer Überwachung durch den von der Ärztekammer beauftragten Facharzt nach Ziff. 9 der Leitsätze zu unterziehen.

   Weigert sich der Arzt, sich einer Entziehungskur zu unterziehen, so ist unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Der Arzt und seine Angehörigen sind hierauf rechtzeitig hinzuweisen.
4. Ein Arzt, der einen rauschgiftgefährdeten oder rauschgiftsüchtigen Kollegen behandelt, soll auf diesen dahingehend einwirken, daß er sich mit der Benachrichtigung des von der Ärztekammer beauftragten Facharztes einverstanden erklärt.
5. Bei rauschgiftsüchtigen Ärzten, die nach sachgerecht durchgeführter Entziehung und Entwöhnung rückfällig werden, ist grundsätzlich das Ruhen der Befugnis der Berufsausübung bei der zuständigen Verwaltungsbehörde zu beantragen. Tritt zum Rückfall noch Straffälligkeit hinzu, so ist ggf. bei der zuständigen Verwaltungsbehörde die Zurücknahme der Bestallung zu beantragen.

Die Formulierung der Leitsätze entspricht mit einigen Kürzungen und Änderungen dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates, während die Richtlinien stark verändert wurden. Herausgenommen wurde vor allem die Bestimmung über die Rezeptkontrolle. Ziff. 1 der vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Richtlinien hatte den folgenden Wortlaut, der in Abs. 2 und 3 mit Ziff. 6 der Leitsätze übereinstimmt:

1. Die Erfassung aller rauschgiftsüchtigen Ärzte ist eine vordringliche Aufgabe der Ärztekammern in Verbindung mit den Gesundheitsämtern, den Apothekerkammern und der Abteilung für Rauschgiftbekämpfung im Bundesgesundheitsamt. Dabei ist insbesondere auf die sogenannten Frühfälle zu achten, bei denen die Behandlungsaussichten in der Regel wesentlich günstiger sind.

Zu diesem Zweck sind bei den Ärztekammern Kommissionen zur Überprüfung von Betäubungsmittelverordnungen zu schaffen, denen jede über die Dauer von 4 Wochen hinausgehende Verordnung von Mitteln, die unter das Opiumgesetz fallen, mit Diagnose und Begründung vorgelegt werden muß.
Die Kommission setzt sich wie folgt zusammen:

1. der leitende Arzt des zuständigen Gesundheitsamtes,
2. der Vorsitzende der Ärztekammer,
3. der Vorsitzende der Apothekerkammer,
4. ein praktizierender Nervenfacharzt,
5. ein praktizierender Internist,
6. ein praktizierender Arzt,
7. ein Vertreter des Fachgebietes, das der Antragsteller vertritt, oder ein weiterer praktizierender Arzt.

Für jedes Kommissionsmitglied ist ein Vertreter zu benennen.

Es war daran gedacht worden, daß diese Kommissionen nach einer bestimmten Geschäftsordnung und in einer für den Routinebetrieb wesentlich vereinfachten Form arbeiten.

Gestrichen wurden außerdem die Bestimmungen über das Vorgehen gegen süchtige Ärzte, die rückfällig werden. Hier lautet der Vorschlag in Ziff. 7 der Richtlinien wie folgt:

7. Bei rauschgiftsüchtigen Ärzten, die nach sachgerecht durchgeführter Entziehung und Entwöhnung rückfällig werden, ist grundsätzlich das Ruhen der Berufsausübungsbefugnis gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 RÄO bei der zuständigen Verwaltungsbehörde zu beantragen. Bei wiederholtem Rückfall ist die Zurücknahme der Bestallung wegen eines Gebrechens usw. gem. § 5 Abs. 2 und § 3 Abs. 2 Nr. 4 RÄO bei der zuständigen Verwaltungsbehörde zu beantragen. Die Frage des Ruhens der Berufsausübungsbefugnis oder der Zurücknahme der Bestallung ist bei jedem rauschgiftsüchtigen Arzt im Rückfall durch einen Sachverständigen-Ausschuß sehr gewissenhaft zu prüfen. Der Ausschuß hat folgende Zusammensetzung:

   1. der leitende Regierungs-Medizinal-Beamte des Kammerbezirks (als Vorsitzender),
   2. der Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie einer deutschen Universität,
   3. der ärztliche Direktor einer staatlichen Heil- oder Pflegeanstalt (Psychiatrisches Krankenhaus),
   4. der Vorsitzende der Ärztekammer,
   5. ein praktizierender Nervenfacharzt,
   6. ein praktizierender Facharzt für innere Krankheiten,
   7. ein praktizierender Arzt.

   Für jedes Ausschuß-Mitglied ist ein Vertreter zu benennen.

   Den ggf. erforderlichen Antrag bei der Verwaltungsbehörde stellt die Ärztekammer auf Vorschlag des Sachverständigen-Ausschusses. Die schriftliche Begründung des Antrages erfolgt durch den Sachverständigen-Ausschuß.

Damit sind die beiden wichtigsten Bestimmungen aus dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zitiert, die ausschließlich die Ärzteschaft betreffen und die in der jetzigen Formulierung weggefallen sind. Die dafür eingesetzten Vorschriften sind u. E. nicht geeignet, um zu dem gewünschten Erfolg zu gelangen. Auf weitere abweichende Einzelheiten des vom Wissenschaftlichen Beirat vorgelegten Entwurfs einzugehen, dürfte sich in diesem Zusammenhang erübrigen.

Abschließend soll noch einmal auf die wesentlichen Prinzipien der modernen Suchtbehandlung, die in die gültigen Leitsätze und Richtlinien aufgenommen wurden, hingewiesen werden. Die Behandlung muß so früh wie möglich, so gründlich wie möglich und so prophylaktisch wie möglich durchgeführt werden. Wir zweifeln nicht, daß die Leitsätze und Richtlinien auch in ihrer jetzigen Form eine brauchbare Grundlage zur Intensivierung der Suchtbekämpfung, besonders innerhalb der Ärzteschaft, sein können. Allerdings nur dann, wenn sie nicht als unverbindliche Empfehlung in einer Schublade verschwinden. Es steht nicht in Frage, daß jede Form der vorbeugenden Suchtbekämpfung ganz entscheidend von dem Verantwortungsbewußtsein und der Verantwortungsbereitschaft der Ärzte getragen wird. Wenn auch die Möglichkeiten vorbeugenden Handelns von der Ärzteschaft noch keineswegs ausgeschöpft wurden, so muß doch betont werden, daß sich auch in dem gegebenen Rahmen sehr vieles — und vor allem mehr als bisher — erreichen ließe.

Literatur

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 9. Aufl. Berlin 1955.

Danner, B.: Das Ausmaß der Betäubungsmittelsucht in der Bundesrepublik. Bulletin der Bundesregierung v. 27. 11. 1954, S. 2053.

Ehrhardt, H.: Chemische und psychische Aussagebeeinflussung. Karlsruhe 1954. (Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft Karlsruhe, Heft 14).

Ders.: Zur Problematik der Freiheitsentziehung bei Psychischkranken. Neue Jur. Wschr. 1954, 1751.

Ehrhardt, H. und Villinger, W.: Rechtssicherheit und Gesundheitsschutz bei Psychischkranken. Ärztl. Mitt. 39, 724 (1954).

Dies.: Entwurf eines Fürsorgegesetzes für Psychischkranke. Ärztl. Mitt. 39, 636 (1954).

Ewald, G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. 2. Aufl. Berlin und München 1948.

Hesse, E.: Die Rausch- und Genußgifte. 2. Aufl. Stuttgart 1953.

Heubner, W.: Genuß und Betäubung durch chemische Mittel. 2. Aufl. Baden-Baden 1952.

Ders. und Schulte, H.: Über den Begriff »Sucht«. Ärztl. Wschr. 1, 57 (1946).

Kolle, K.: Psychiatrie. 4. Aufl. München und Berlin 1955.

Langelüddeke, A.: Gerichtliche Psychiatrie. Berlin 1950, S. 160.

Lendle, L.: Pharmakologie der Rauschgifte und Betäubungsmittel. Öff. Gesdh.-Dienst 12, 372 (1950).

Linz, A.: Die Deutsche Opiumgesetzgebung. Berlin-Göttingen 1948.

Ders.: Die neueren Betäubungsmittel. Pharmaz. Ztg. Nr. 18 (1952).

Møller, K. O.: Rauschgifte und Genußmittel. Basel 1951.

Pohlisch, K.: Tabak. Betrachtungen über Genuß- und Rauschpharmaka. Stuttgart 1954.

Reko, V. A.: Magische Gifte, Rausch- und Betäubungsmittel der neuen Welt. Stuttgart 1938.

Sperling, P.: »Bulletin« über das Ausmaß der Betäubungsmittelsucht. Ärztl. Mitt. 40, 19 (1955).

Villinger, W.: Pervitin, Suchtproblem und Suchtbekämpfung. Nervenarzt 14, 405 (1941).

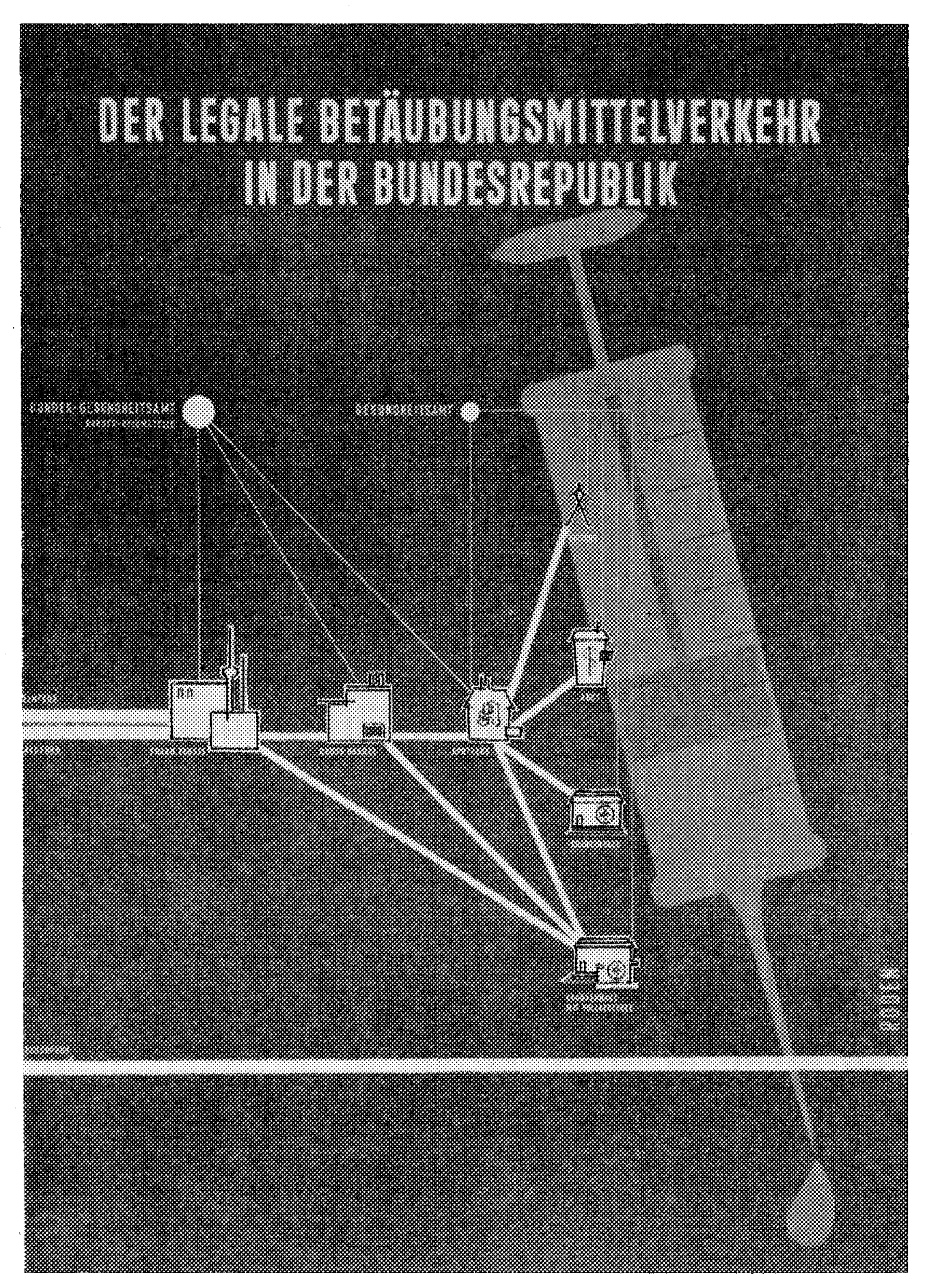
Ders.: Behandlung der Suchten. Öff. Gesdh.-Dienst 12, 363 (1950).

Weygandt, W. und Gruhle, H. W.: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Halle 1952.

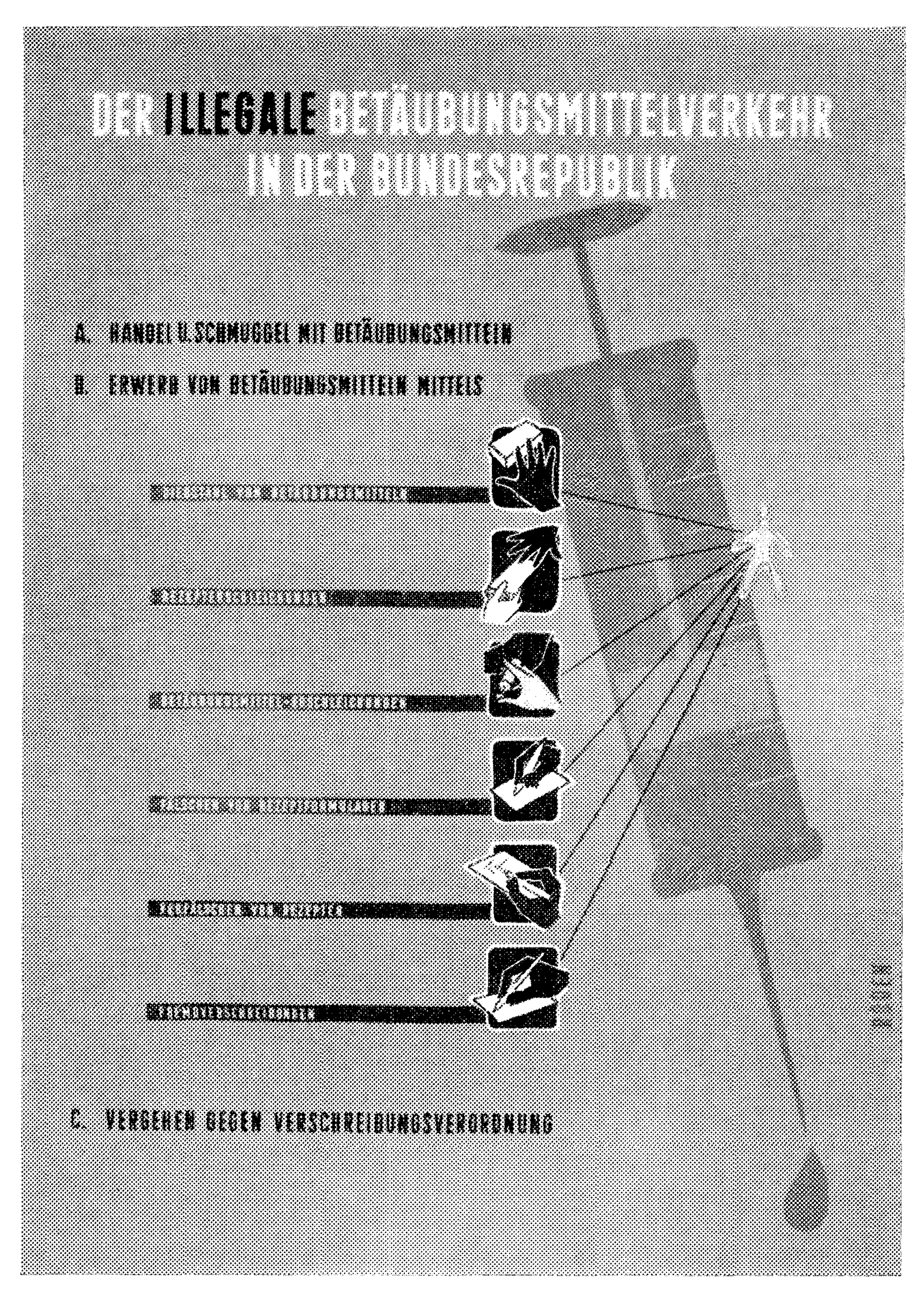
Zutt, J.: Zur Psychopathologie der Sucht. Z. Neur. 83, 712 (1937).

Ders.: Zur gegenwärtigen Zunahme des Morphinismus. Ärztl. Wschr. 1, 59 (1946).

Ders.: Über das Wesen der Sucht nach den Erfahrungen und vom Standpunkt des Psychiaters. Studium Generale 1, 253 (1948).



(Bildarchiv Bundeskriminalamt)



(Bildarchiv Bundeskriminalamt)